

1	Name, Vorname	
2	Dienststelle	
3	Personalnummer	
4	Unfall vom	

Kniefragebogen

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ oder ausfüllen

5	Knickten Sie mit dem Knie seitlich ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6	Falls ja, wie knickten Sie ein?	<input type="checkbox"/> nach innen <input type="checkbox"/> nach außen
7	Das Kniegelenk war dabei	<input type="checkbox"/> gebeugt <input type="checkbox"/> gestreckt
8	Fielen Sie hin?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9	Wenn ja, in welche Richtung?	<input type="checkbox"/> nach vorne <input type="checkbox"/> zur Seite <input type="checkbox"/> nach hinten
10	Schlugen Sie mit dem Kniegelenk auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11	Falls ja, worauf?	
12	Mit welcher Stelle des Kniegelenks	
13	War das Kniegelenk geschwollen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14	Falls ja, wo?	
15	Wann trat die Schwellung erstmals auf?	
16	Konnten Sie das Kniegelenk nach dem Ereignis noch bewegen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

17	Haben Sie sichtbare Verletzungen am Knie festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende
18	Auf welche Weise begaben Sie sich nach Hause bzw. zum Arzt?	
19	Welche(r) Ärztin/Arzt hat Sie zuerst behandelt?	Name, Anschrift, Telefon
20	Waren Sie bereits vor dem Unfall an Knieschäden erkrankt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
21	Falls ja, wann und welcher Art war die Erkrankung?	
22	Von welchen Ärztinnen/Ärzten sind Sie deswegen behandelt worden?	Name, Anschrift, Telefon
23	Treiben Sie Sport bzw. haben Sie Sport betrieben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
24	Welche Sportarten?	
25	In welchem Umfang?	

26	Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.	
	Ort	Datum
	 Unterschrift