

| | | | | |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|-------|
| Geschlecht: | weiblich <input type="radio"/> | männlich <input type="radio"/> | Alter: _____ | Jahre |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|-------|

| Beginn der Bearbeitung (bitte Datum und Uhrzeit eintragen): _____ . _____ . 200_____ um _____ : _____ Uhr | | Trifft nicht zu Trifft nie zu | | | Trifft voll zu Trifft immer zu |
|--|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1. | Ich wurde von den Ärzten ausreichend und gut verständlich über den geplanten Eingriff informiert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. | Ich wurde über den Zeitplan meines Eingriffs informiert. Dieser wurde dann auch weitestgehend eingehalten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. | Die Ergebnisse meiner Voruntersuchungen wurden mir rechtzeitig und gut verständlich mitgeteilt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. | Ich konnte bei den Gesprächen mit den Ärzten mitbestimmen, was und wie viel ich erfahre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. | Ich konnte mir sicher sein, dass die Ärzte in meinem Sinne entscheiden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. | Ich wurde von den Ärzten behandelt, die ich vor dem Eingriff kennen gelernt hatte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. | Ich hatte die Zeit vor dem Eingriff Angst und war während der Wartezeiten unruhig und aufgeregt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. | Ich habe vor oder nach dem Eingriff gefroren oder gezittert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. | Ich habe nach dem Eingriff schnell wieder die Kontrolle über meinen Körper erlangt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. | Ich war nach dem Eingriff zu schwach, mich im Bett aufzurichten, richtig zu schlucken oder zu husten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. | Ich war nach dem Eingriff schnell wieder orientiert und konnte mich gut verständlich äußern. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. | Ich erhielt nach dem Eingriff ausreichende Informationen über den Verlauf und das Ergebnis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. | Ich hatte starke Schmerzen im Operationsgebiet. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. | Ich hatte starke Schmerzen an anderen Körperstellen (z.B. Kopf-, Hals-, Rücken-, Brust- oder Gelenkschmerzen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. | Meine Schmerzen waren außer Kontrolle und hätten noch besser behandelt werden müssen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. | Ich hatte Probleme beim Wasserlassen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. | Ich hatte nach dem Eingriff großen Durst, durfte aber nichts trinken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. | Ich konnte nach dem Eingriff selbständig auf die Toilette gehen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | Trifft nicht zu Trifft nie zu | | | Trifft voll zu Trifft immer zu |
|-----|---|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 19. | Ich fühle mich jetzt wieder so wohl, dass ich mich komplett selbst versorgen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. | Ich hatte Probleme mit der Verdauung. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. | Ich habe Übelkeit empfunden oder musste erbrechen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. | Ich hatte Beschwerden durch Katheter und Schläuche (z.B. Magensonde, Urinkatheter, Drainagen und Infusionen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. | Ich hatte ausreichend Ruhe und konnte mich gut erholen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. | Ich konnte nachts ungestört, gut und erholsam schlafen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. | Ich fühle mich jetzt wieder belastbar, fit und aktiv. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. | Die Patienten werden vom Personal ernst genommen und fühlen sich nie ausgeliefert oder hilflos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. | Meine Beschwerden wurden ausreichend beachtet und behandelt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. | Das Pflegepersonal und die Ärzte geben sich Mühe freundlich und zugewandt zu sein. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. | Es war genügend Personal vorhanden, das gut zusammenarbeitete. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. | Ich fühlte mich in der Klinik gut betreut und geborgen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. | Ich konnte mich in der Klinik gut zurechtfinden (z.B. durch Beschilderungen oder Patienteninformationen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. | Die Ausstattung und Sauberkeit der Zimmer sowie der sanitären Einrichtungen war tadellos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. | Die Verpflegung in der Klinik war tadellos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gibt es weitere wichtige Anliegen, Beschwerden, Sorgen, die Sie uns mitteilen möchten und die in diesem Fragebogen nicht enthalten sind? Wenn ja, bitte hier eintragen:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Alles ausgefüllt ? ☺ Dann nochmals vielen Dank !

Modul Regionalanästhesie (Fragen R1-5 bitte nur beantworten, wenn Sie eine Teilnarkose hatten)

| | | Trifft nicht zu Trifft nie zu | | | Trifft voll zu Trifft immer zu |
|-----|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| R1. | Ich verspürte bei der Durchführung der örtlichen Betäubung starke Schmerzen (z.B. durch Punktionen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| R2. | Ich hatte während des Eingriffs Schmerzen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| R3. | Ich hatte während des Eingriffs unangenehme Berührungsempfindungen (z.B. Druckgefühl, Kribbeln, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| R4. | Ich fühlte mich durch unangenehme Gerüche oder Geräusche während des Eingriffs gestört. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| R5. | Ich fühlte mich durch leichte OP-Kleidung während des Eingriffs nackt und empfand dies als unangenehm. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Abschließend bitten wir Sie noch um einige zusätzliche Angaben:

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---------------------------------|
| Aufnahmestatus | stationär <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> | Größe _____ cm | Gewicht _____ kg | | |
| Wurden Sie schon einmal operiert? | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> | wenn ja, wie sind Ihre Erinnerungen an die letzte Operation ? | eher positiv <input type="radio"/> neutral <input type="radio"/> eher negativ <input type="radio"/> | | |
| Rauchen Sie ? | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> _____ Stück pro Tag | Konsumieren Sie Alkohol ? | nie / unregelmäßig <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> | | |
| Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen? | Zuckerkrankheit <input type="radio"/> | Bluthochdruck <input type="radio"/> | Atemwegserkrankungen <input type="radio"/> | Gelenkerkrankung / Arthrose <input type="radio"/> | Allergien <input type="radio"/> |
| Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? | ausgezeichnet <input type="radio"/> | sehr gut <input type="radio"/> | gut <input type="radio"/> | weniger gut <input type="radio"/> | schlecht <input type="radio"/> |
| Wie würden Sie Ihre derzeitige körperliche Leistungsfähigkeit beschreiben? | ausgezeichnet <input type="radio"/> | sehr gut <input type="radio"/> | gut <input type="radio"/> | weniger gut <input type="radio"/> | schlecht <input type="radio"/> |

Wenn Sie auf die **vergangenen Wochen** zurückblicken, welche Aussagen sind für Sie zutreffend?

| | | | | |
|---------------------|--|--|---|--|
| Ich war ... | durch Schmerzen im Alltag beeinträchtigt <input type="radio"/> | durch Müdigkeit im Alltag beeinträchtigt <input type="radio"/> | durch Luftnot im Alltag beeinträchtigt <input type="radio"/> | anfälliger für Krankheiten als andere <input type="radio"/> |
| Ich konnte ... | weniger schaffen als ich wollte <input type="radio"/> | nur bestimmte Dinge tun <input type="radio"/> | nicht so sorgfältig arbeiten wie üblich <input type="radio"/> | Kontakte zu anderen Menschen nicht wie gewohnt pflegen <input type="radio"/> |
| Ich fühlte mich ... | meistens voller Energie <input type="radio"/> | Meistens ruhig und gelassen <input type="radio"/> | meistens entmutigt und traurig <input type="radio"/> | meistens erschöpft <input type="radio"/> |

individuelles KLINIKLOGO

PPP33-Fragebogen

Patientenbewertung der perioperativen Phase



Sehr geehrte, liebe Patientin,
sehr geehrter, lieber Patient,

um die Qualität der Versorgung in unserer Einrichtung weiter zu verbessern, sind wir auf Rückmeldung durch unsere Patienten angewiesen.

Bitte nutzen Sie die Möglichkeit mit dem nachfolgenden Fragebogen Ihre Eindrücke mitzuteilen. Sie unterstützen uns durch eine offene und ehrliche Beantwortung aller Fragen bei unserer Arbeit. Die Auswertung Ihrer Antworten erfolgt streng anonym und hat keinerlei Auswirkungen auf Ihre individuelle medizinische Behandlung.

Wir bitten Sie, zu den Aussagen Stellung zu nehmen, indem Sie die für Sie zutreffende Antwort auf der jeweiligen Skala ankreuzen.

Bitte markieren Sie, ob eine Aussage

- **nicht** für Sie zutrifft,
- **eher wenig** für Sie zutrifft,
- **weitgehend** für Sie zutrifft,
- **voll** für Sie zutrifft.

Es ist für uns sehr wichtig, dass Sie alle Fragen vollständig beantworten.

Vielen Dank im Voraus für Ihre hilfreiche Mitarbeit !