

QUIPS Ergebnis-Fragebogen

Pat.-Identifikation:

Nur vom Patienten/Patientin auszufüllen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir führen an dieser Klinik eine Befragung zu gesundheitlichen Beschwerden nach Operationen durch. Wir möchten Sie daher höflich bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Die Datenerhebung ist freiwillig. Ihre Angaben werden den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal nicht zugänglich gemacht und nach Dateneingabe anonymisiert, d. h. Ihr Name wird gelöscht. Falls Sie sich nicht zu einer Teilnahme entschließen können, hat das keine Auswirkungen auf Ihre weitere Behandlung.

E1 Wurden Sie vor der Operation ausreichend über die Möglichkeiten der Schmerztherapie aufgeklärt?

Ja, nur allgemein Ja, auch über spezielle Schmerztherapieverfahren Nein

E2 Schmerz bei Belastung

Wie stark waren Ihre Schmerzen seit der Operation, wenn Sie sich belastet haben, zum Beispiel bei **Mobilisierung, Bewegen, Waschen, Husten, Durchatmen?**

Kreuzen Sie bitte die Zahl auf der Skala an, die für Ihren Belastungsschmerz zutrifft („0“ bedeutet Schmerzfreiheit und „10“ stärkster vorstellbarer Schmerz).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					Stärkster vorstellbarer Schmerz					

E3 Maximalschmerz seit der Operation

Wie stark waren bisher Ihre stärksten Schmerzen seit der Operation?

Kreuzen Sie bitte wieder die Zahl auf der Skala an, die für Ihren stärksten Schmerz zutrifft.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					Stärkster vorstellbarer Schmerz					

E4 Geringster Schmerz seit der Operation

Wie stark waren bisher Ihre geringsten Schmerzen seit der Operation?

Kreuzen Sie bitte wieder die Zahl auf der Skala an, die für Ihren geringsten Schmerz zutrifft.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					Stärkster vorstellbarer Schmerz					

Die nächsten vier Fragen beziehen sich darauf, ob bestimmte Tätigkeiten oder Ihre Stimmung seit der Operation durch den Schmerz beeinträchtigt sind. Mit „beeinträchtigt“ ist gemeint: die Tätigkeit ist **unmöglich** oder **nur unter großer Mühe möglich**.

E5 Sind Sie durch die Schmerzen in Ihrer Mobilität bzw. Bewegung beeinträchtigt? Ja Nein

E6 Sind Sie durch die Schmerzen beim Husten oder tiefen Luftholen beeinträchtigt? Ja Nein

E7 Sind Sie durch die Schmerzen heute Nacht aufgewacht? Ja Nein

E8 Sind Sie durch die Schmerzen in Ihrer Stimmung beeinträchtigt? Ja Nein

E9 Hätten Sie gewünscht, mehr Mittel gegen Schmerzen zu bekommen? Ja Nein

E10 Haben Sie sich seit der Operation sehr müde gefühlt? Ja Nein

E11 Haben Sie seit der Operation unter Übelkeit gelitten? Ja Nein

E12 Haben Sie seit der Operation erbrochen? Ja Nein

E13 Wie zufrieden sind Sie mit der Schmerzbehandlung seit der Operation?

Völlig unzufrieden	Sehr wenig			Wenig			Mittel			Eher zufrieden			Sehr zufrieden		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

E14 Hatten Sie vor dieser Operation chronische Schmerzen? Ja Nein

E15 Falls ja, wie stark waren diese Schmerzen?

Kreuzen Sie bitte die Zahl auf der Skala an, die für Ihre Schmerzen zutrifft („0“ bedeutet Schmerzfreiheit und „10“ stärkster vorstellbarer Schmerz).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					Stärkster vorstellbarer Schmerz					