

Liebe Patientin, lieber Patient! Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Deshalb lassen wir unsere Qualität von unseren Patienten beurteilen. Bitte füllen Sie den Bogen zwei Wochen nach Ihrer Operation vollständig und genau aus. Alle Angaben werden streng anonym erfasst und fließen ausschließlich in eine statistische Gesamtauswertung ein. Helfen Sie bitte mit, durch Ihre Meinung und Rückantwort die Qualität unserer Operationen weiter zu verbessern. Vielleicht kommt es Ihnen beim nächsten Eingriff schon selbst zugute!

Zahlenfelder bitte so ausfüllen, z.B.: Nach der Operation (voraussichtlich) Tage

Sonstige Fragen mit einem Kreuz markieren:

1. Betreuung		2. Krankenversicherung		3. Wie lange waren Sie arbeitsunfähig?	
Sind Sie alleinstehend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> Selbstzahler		Vor der Operation <input type="text"/> Tage	
				Nach der Operation (voraussichtlich) <input type="text"/> Tage <input type="checkbox"/> Bis jetzt nicht absehbar	
4. In welchem Arbeitsverhältnis befinden Sie sich zur Zeit? <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Beamter/In <input type="checkbox"/> Rentner/In <input type="checkbox"/> Hausfrau/mann <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Arbeitslos					
5. Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Herz-Kreislauf, Lunge, Fitness) vor der Operation? <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht					
6. Wie sehr fühlten Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrem gewohnten Lebensstil beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark					
7. Wie sind Sie auf unsere ambulant operierende Einrichtung aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Vorerfahrung <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Überweisung durch den Arzt <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Branchenbuch <input type="checkbox"/> Empfehlung (z.B. Freunde, Bekannte)					

Bitte bewerten Sie die folgenden Fragen nach Ihrem eigenen persönlichen Empfinden:

Wie zufrieden waren Sie mit dem Operateur?	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
8. Verständliche Erklärung der Diagnose (Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erklärung der Operation und des Operationsablaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aufklärung über Risiken sowie Vorteile durch den operativen Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Information über die weitere Behandlung nach der Entlassung (z.B. Verbandswechsel, notwendige Medikamente, Krankengymnastik etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zeit für offene Fragen nach der Operation	Ja, genug <input type="checkbox"/>	Zu wenig <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>		
13. Zeit für offene Fragen vor der Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wie zufrieden waren Sie mit dem Narkosearzt?	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
14. Aufklärung über Art und Ablauf der Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Aufklärung über Risiken durch die Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie gut konnte Ihnen der Arzt die Angst vor der Narkose nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zeit für offene Fragen zur Narkose	Ja, genug <input type="checkbox"/>	Zu wenig <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>		
Wie zufrieden waren Sie mit Praxis und Team?	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
18. Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Organisation und Terminplanung am Empfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Erklärung des organisatorischen Ablaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ausstattung der Praxis (Räumlichkeiten/Einrichtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Gesamtbewertung des Eingriffs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen betreffen den Ablauf an dem Tag Ihrer Operation:

23. Wie lange mussten Sie vom geplanten OP-Termin bis zum OP-Beginn warten? Minuten
24. Waren Sie kurz vor Ihrer Operation ruhig und entspannt? Ja Nein Keine Erinnerung
25. Haben Sie sich nach Ihrer Operation im Aufwachraum gut versorgt geföhlt? Ja Nein Keine Erinnerung
26. Hatten Sie die nötige Ruhe während Ihrer Erholungsphase im Aufwachraum? Ja Nein Keine Erinnerung
27. Waren Sie am Tag der Operation ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt? Ja Nein Keine Erinnerung
28. Hatten Sie auf Ihrem Weg nach Hause jemanden zur Begleitung? Ja Nein
29. Wie sind Sie nach Ihrer Operation nach Hause gekommen?
 Privater PKW Krankentransport Öffentliche Verkehrsmittel Taxi Sonstiges

Hatten Sie nach der Operation Beschwerden durch: (Bitte markieren Sie das Kästchen, das Ihre Beschwerdestärke am besten beschreibt)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
30. Übelkeit	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
31. Kreislaufprobleme	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
32. Schlafprobleme	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
33. Kopfschmerzen	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
34. Halsschmerzen	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
35. Muskelschmerzen	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
36. Wundschmerzen bis zum 3. Tag	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
37. Wundschmerzen nach dem 3. Tag	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
38. Schwellung über den 5. Tag hinaus	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
39. Schwierigkeiten beim Stuhlgang	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich
40. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerträglich

Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Komplikationen:

41. Entzündung der Wunde:
 Ja Nein
 Falls Ja, Behandlung:
 Keine
 Medikamente/Antibiotika
 Spülung
 Sonstiges (z.B. Operation)
42. Thrombose:
 Ja Nein
 Falls Ja, Behandlung:
 Keine
 Kompressionsbehandlung (Verband, Strumpf)
 Medikamente (zum Auflösen der Thrombose)
 Sonstiges (z.B. Operation)
43. Bluterguss/Nachblutung:
 Ja Nein
 Falls Ja, Behandlung:
 Keine
 Salbenverband
 Punktion
 Sonstiges (z.B. Operation)

44. Mussten Sie als Notfall (ungeplant) nach Ihrer Entlassung einen anderen Arzt aufsuchen? Ja Nein
45. Wurden Sie nach der Operation von Ihrem Operateur/Narkosearzt angerufen? Ja Nein
46. Hatten Sie die Möglichkeit, den Operateur/Narkosearzt jederzeit zu erreichen? Ja Nein
47. Hatten Sie das Gefühl, zu Hause ausreichend betreut zu sein? Ja Nein
48. Waren Sie zu Hause ausreichend mit Medikamenten versorgt? Ja Nein

49. Wo sehen Sie den größten Verbesserungsbedarf? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Freundlichkeit des Empfangspersonals | <input type="checkbox"/> Betreuung nach der Operation bis zur Entlassung |
| <input type="checkbox"/> Freundlichkeit des OP-Personals | <input type="checkbox"/> Nachsorge (z.B. Verbandwechsel etc.) |
| <input type="checkbox"/> Beratung und Aufklärung durch den Operateur | <input type="checkbox"/> Wartezeiten in der Praxis |
| <input type="checkbox"/> Beratung und Aufklärung durch den Narkosearzt | <input type="checkbox"/> Wartezeit für Operationstermin |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Betreuung durch den Operateur | <input type="checkbox"/> Sauberkeit und Hygiene in der Praxis |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Betreuung durch den Narkosearzt | <input type="checkbox"/> Telefonische Erreichbarkeit der Praxis |

50. Würden Sie sich wieder ambulant operieren lassen? Ja Nein
51. Würden Sie uns weiterempfehlen? Ja Nein

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!