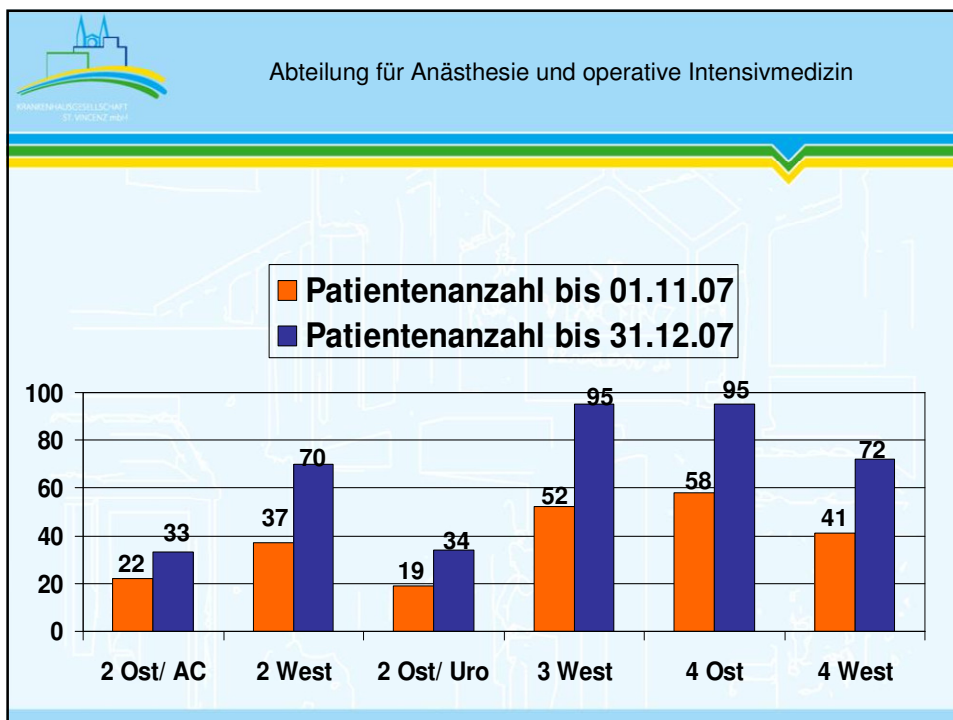
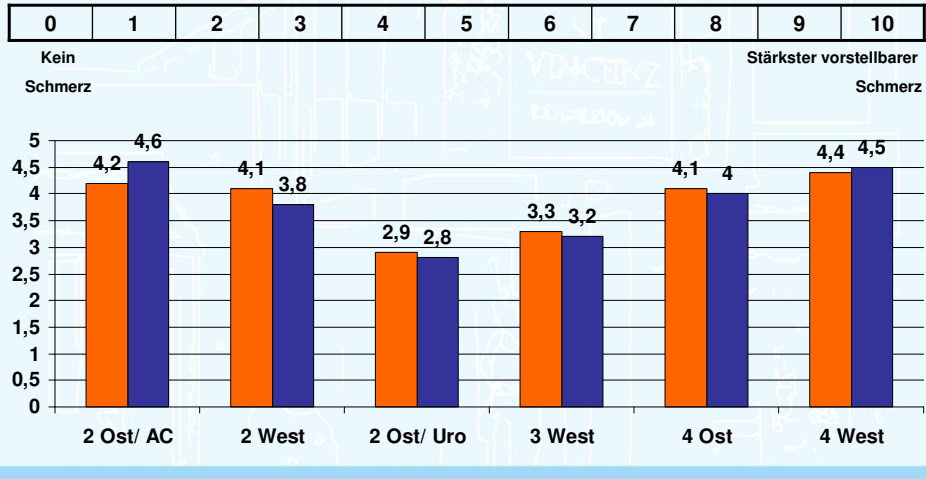


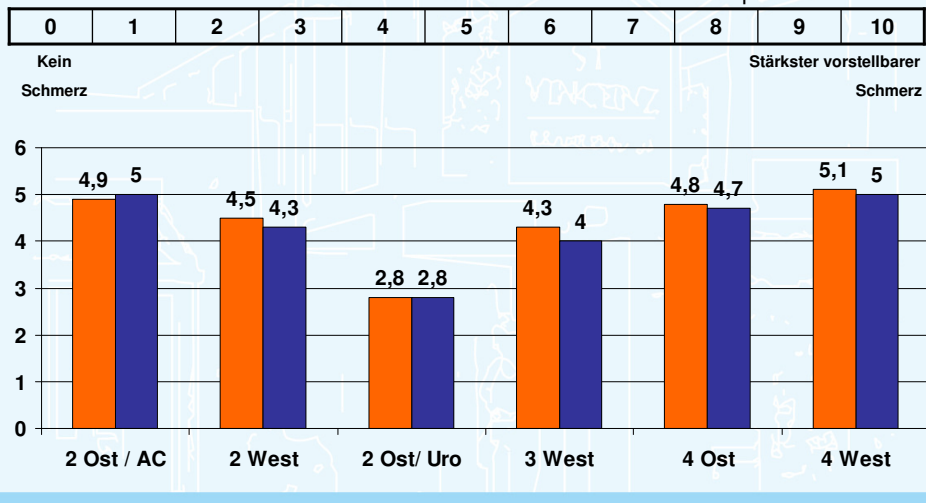
Auswertung der Stationen St. Vincenz Krankenhaus Limburg



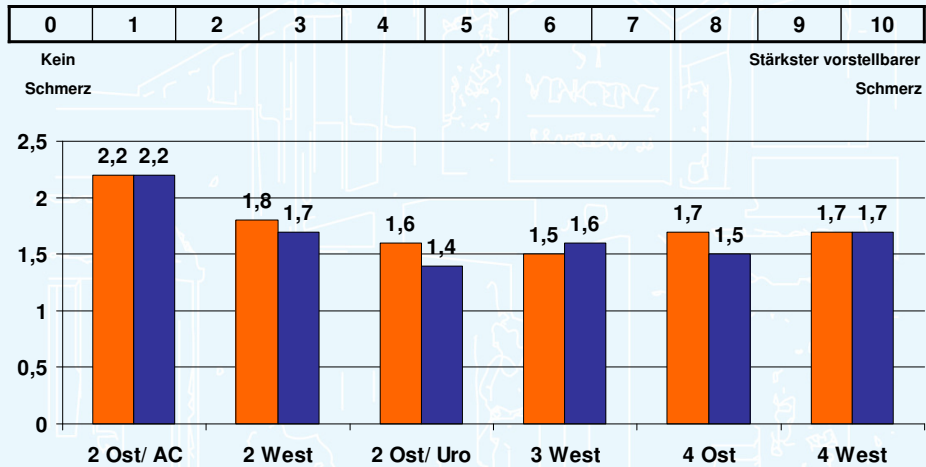
Wie stark waren Ihre Schmerzen seit der Operation, wenn Sie sich belastet haben, z.Bsp. bei **Mobilisierung, Bewegung, Waschen, Husten, Durchatmen?**



Wie stark waren bisher Ihre **stärksten** Schmerzen seit der Operation?

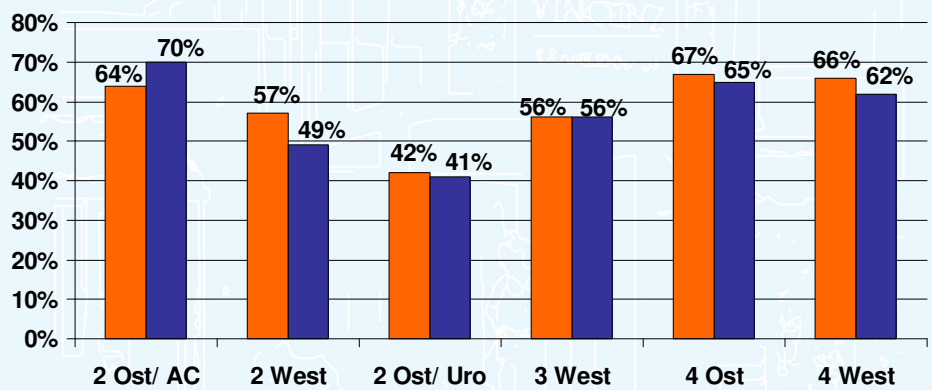


Wie stark waren bisher Ihre **geringsten** Schmerzen seit der Operation?



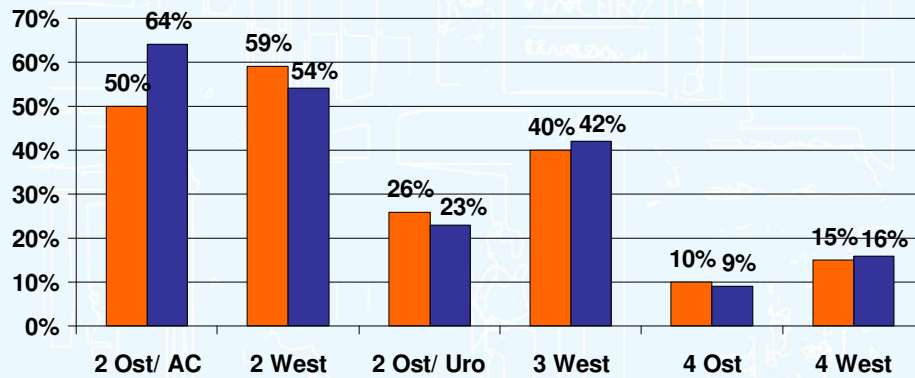
Sind Sie durch die Schmerzen in Ihrer Mobilität bzw. Bewegung beeinträchtigt?

Ja / Nein





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



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

