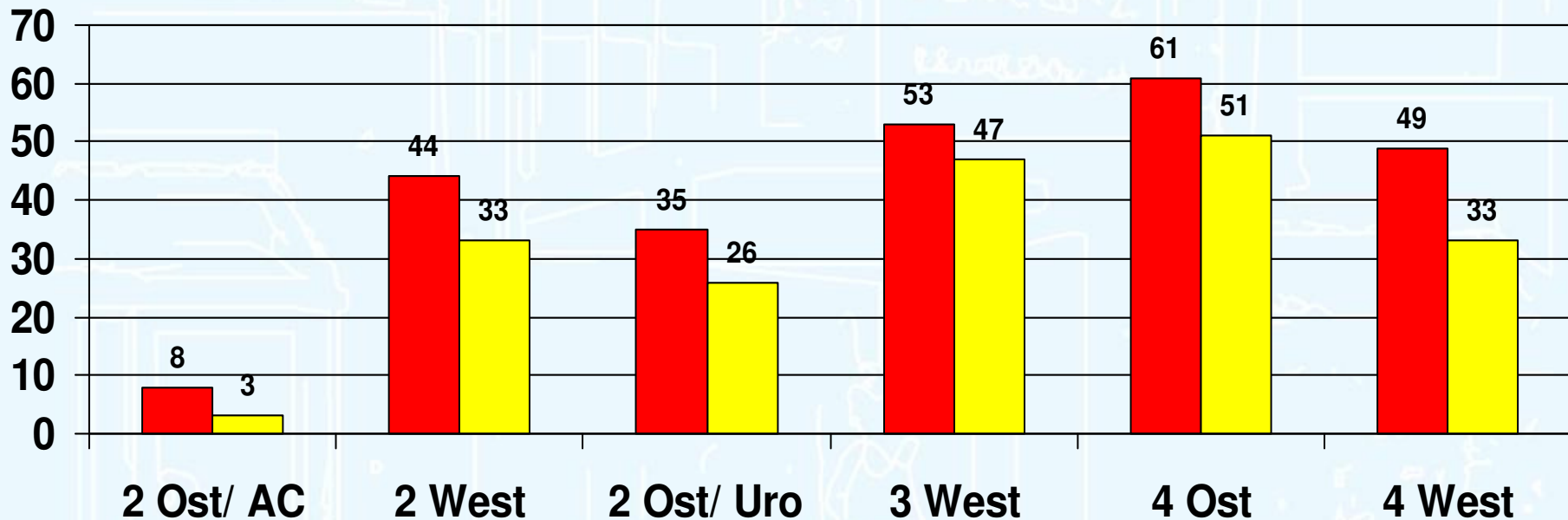
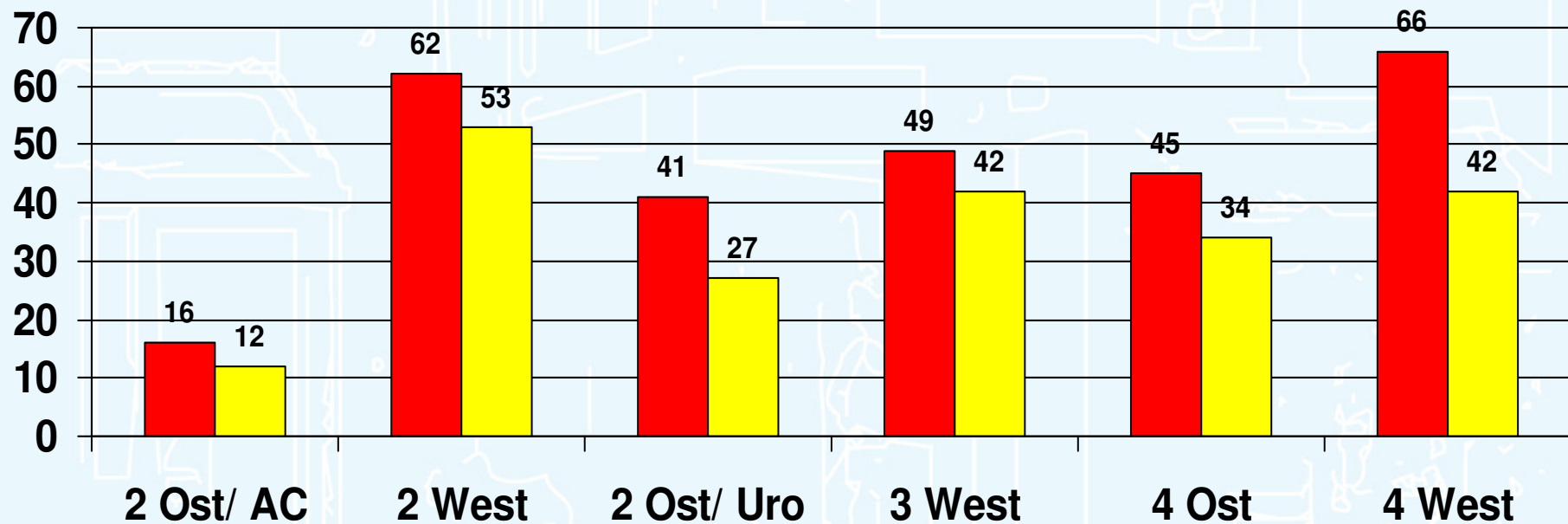


# **Auswertung der Stationen vom 31.12.2009 St. Vincenz Krankenhaus Limburg**

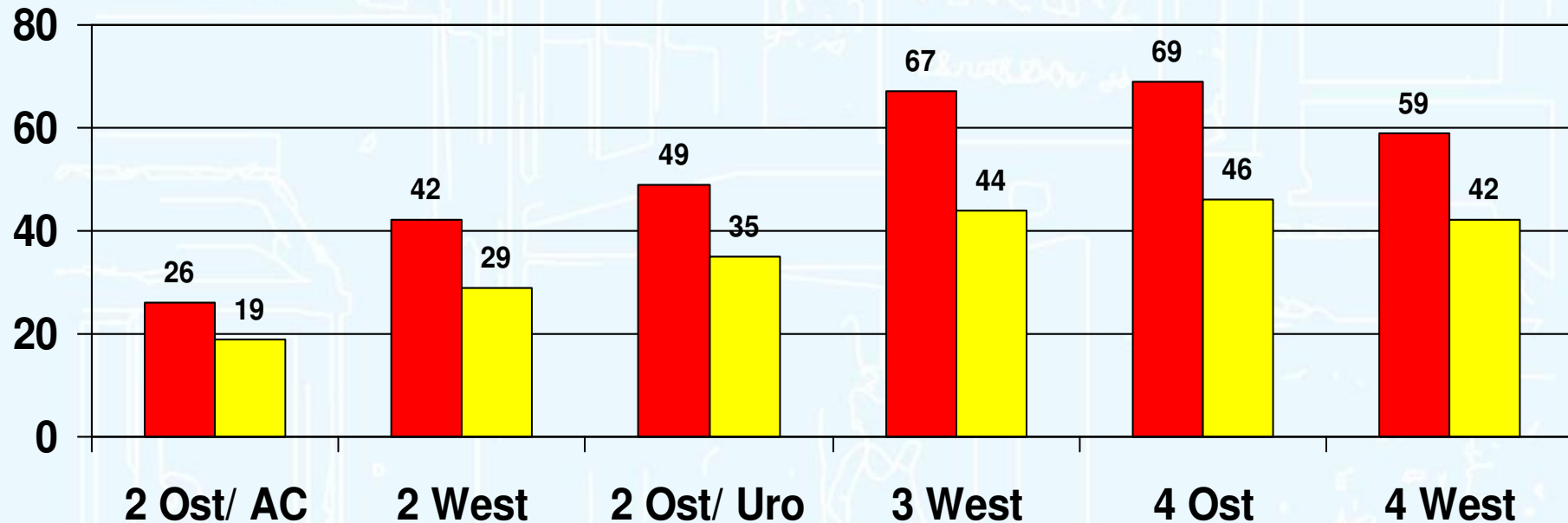
■ **Teilnehmende Patienten 1.1. -31.3.2009**  
 ■ **Ausgefüllte Fragebögen 1.1. - 31.3.2009**



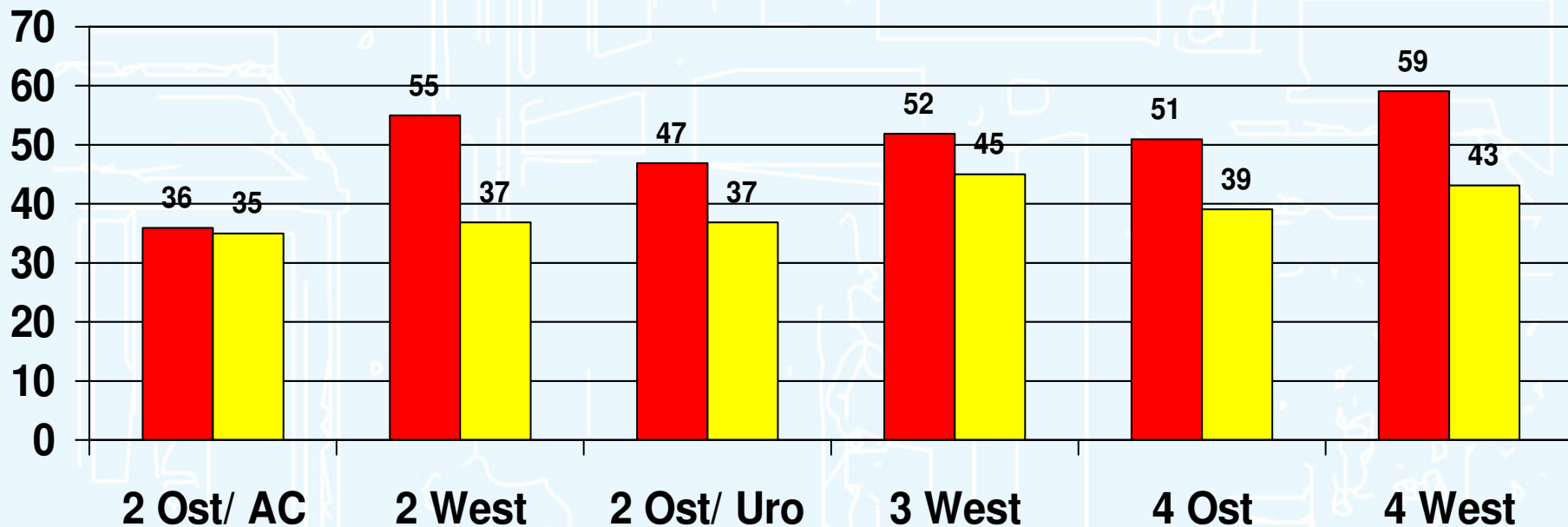
■ **Teilnehmende Patienten 01.04. - 30.06. 2009**  
■ **Ausgefüllte Fragebögen 01.04. - 30.06.2009**



■ **Teilnehmende Patienten 1.7. - 30.9.2009**  
■ **Ausgefüllte Fragebögen 1.7. - 30.9.2009**



■ **Teilnehmende Patienten 01.10. - 31.12.2009**  
■ **Ausgefüllte Fragebögen 01.10.- 31.12.2009**

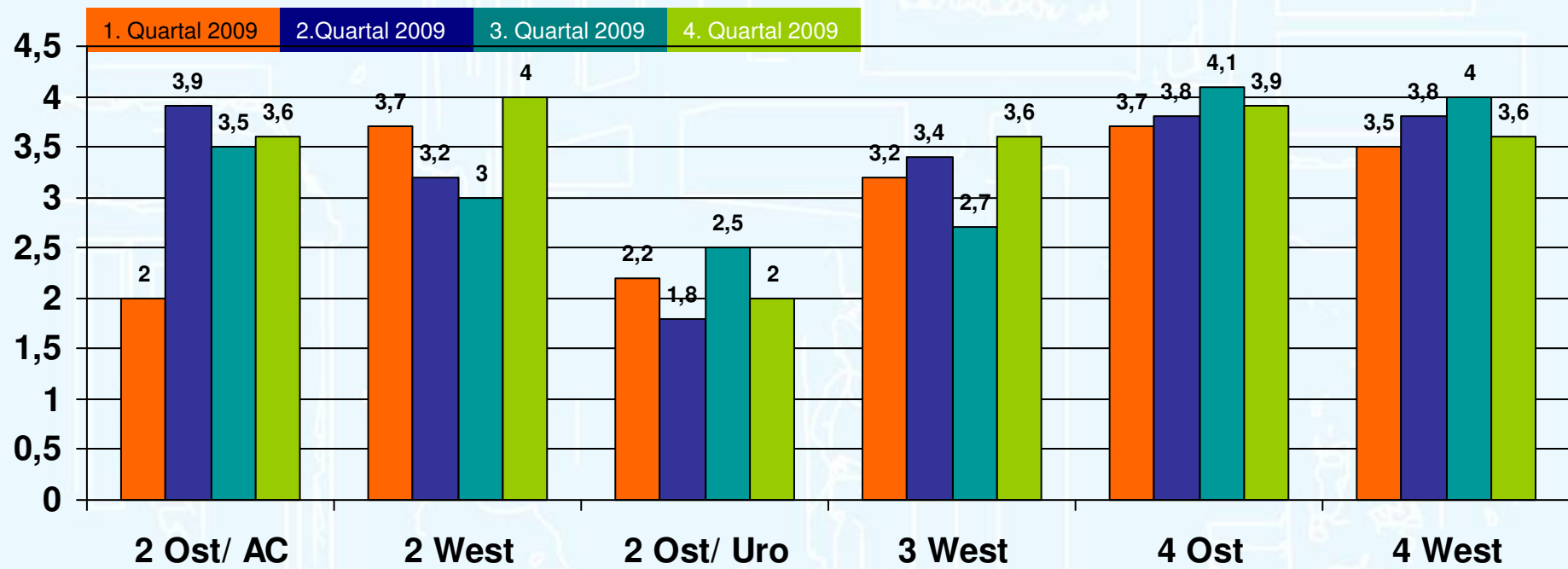


Wie stark waren Ihre Schmerzen seit der Operation, wenn Sie sich belastet haben, z.Bsp. bei **Mobilisierung, Bewegung, Waschen, Husten, Durchatmen?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kein Schmerz

Stärkster vorstellbarer Schmerz



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

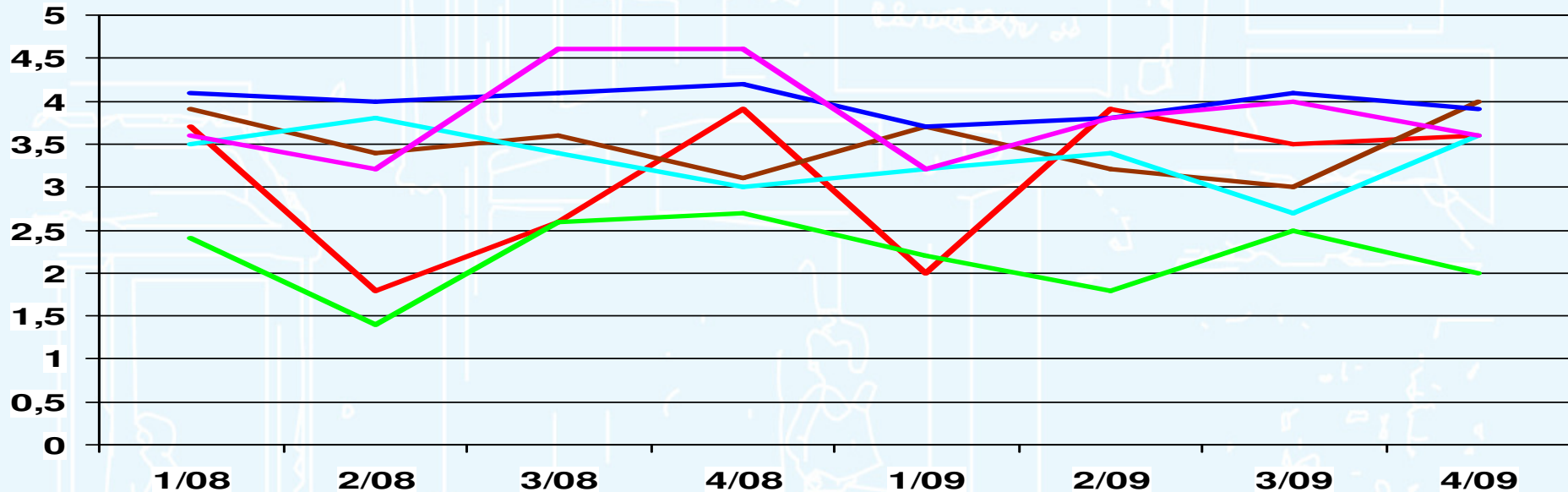
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kein

Schmerz

Stärkster vorstellbarer

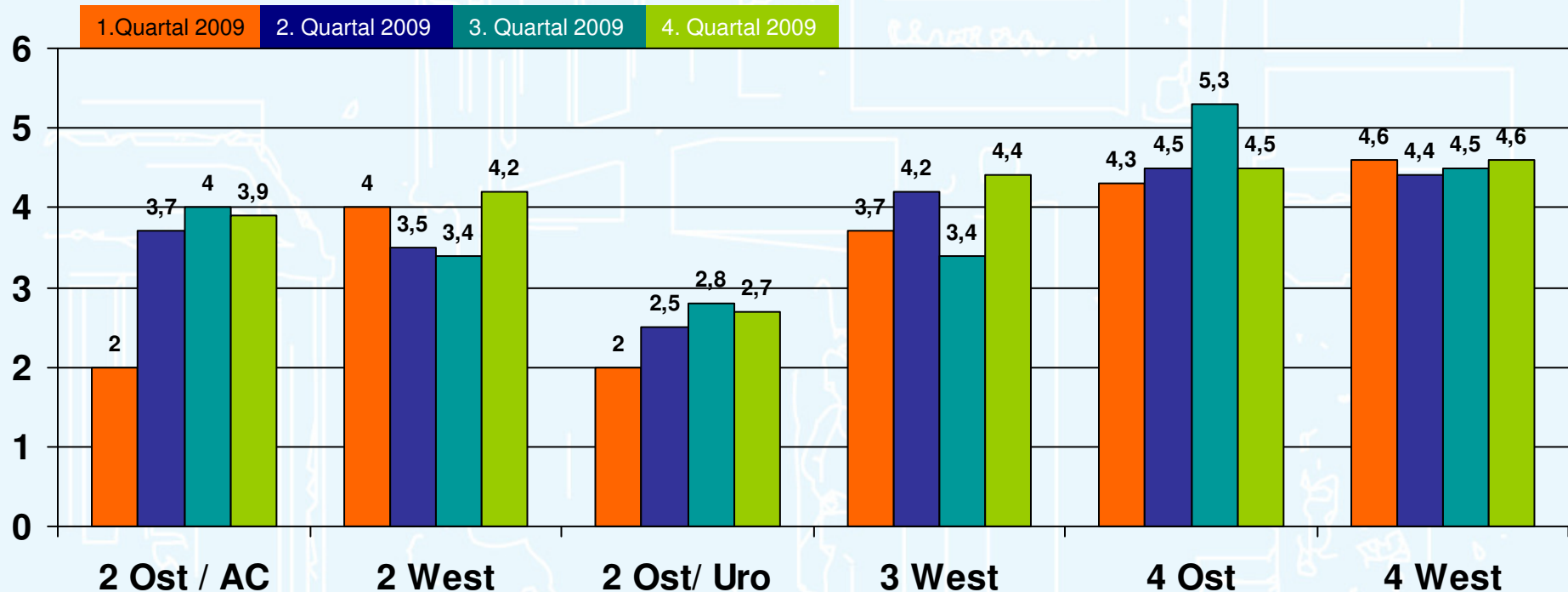
Schmerz



— 20/AC — 2W/AC — 20/Uro — 3W/Gyn — 40/UC — 4W/UC

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

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

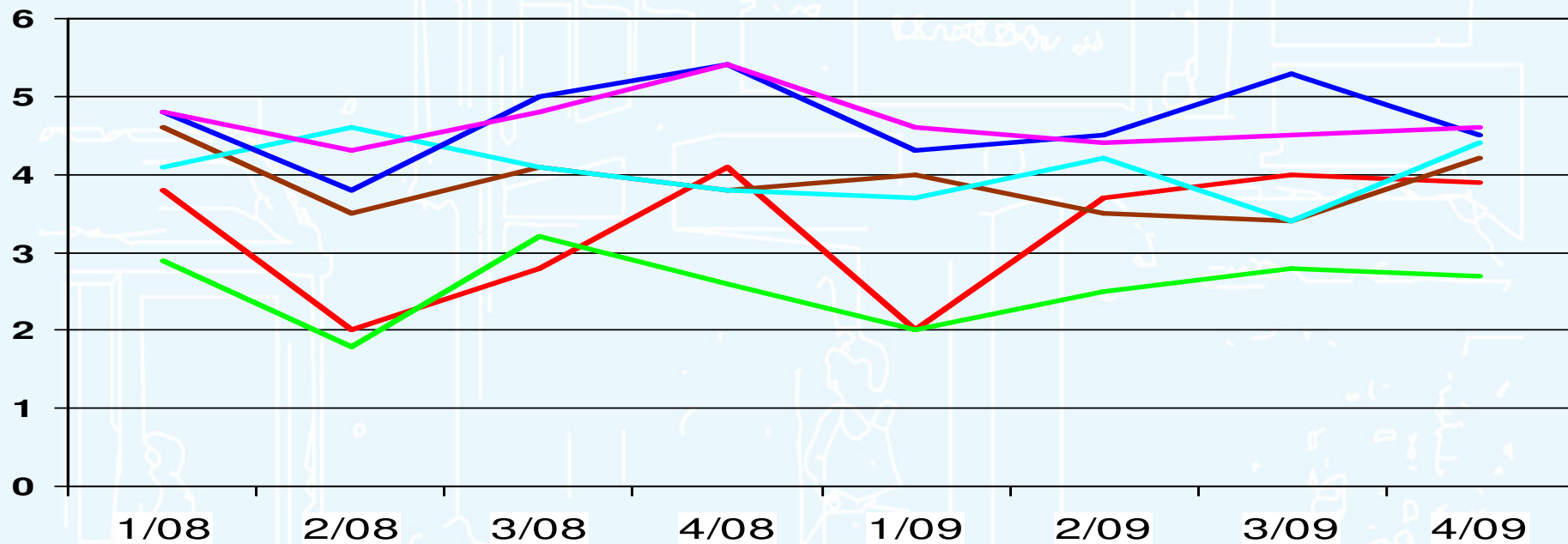


Wie stark waren bisher Ihre **stärksten** Schmerzen seit der Operation?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

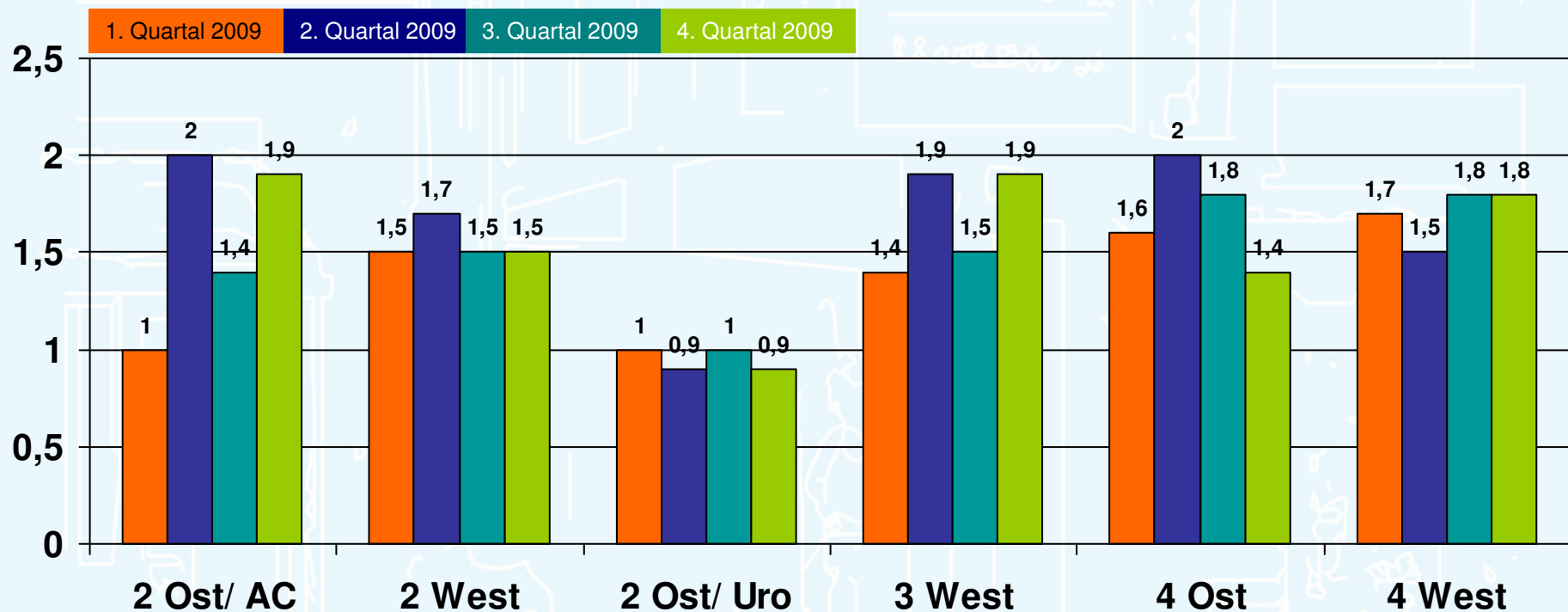
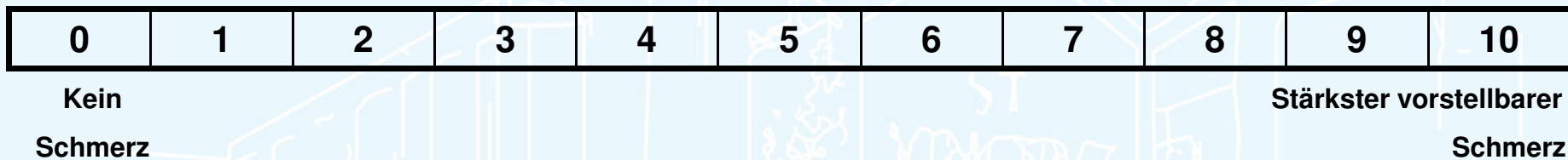
Kein  
Schmerz

Stärkster vorstellbarer  
Schmerz



— 2O/AC	— 2W/AC	— 2O/Uro	— 3W/Gyn	— 4O/UC	— 4W/UC
---------	---------	----------	----------	---------	---------

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

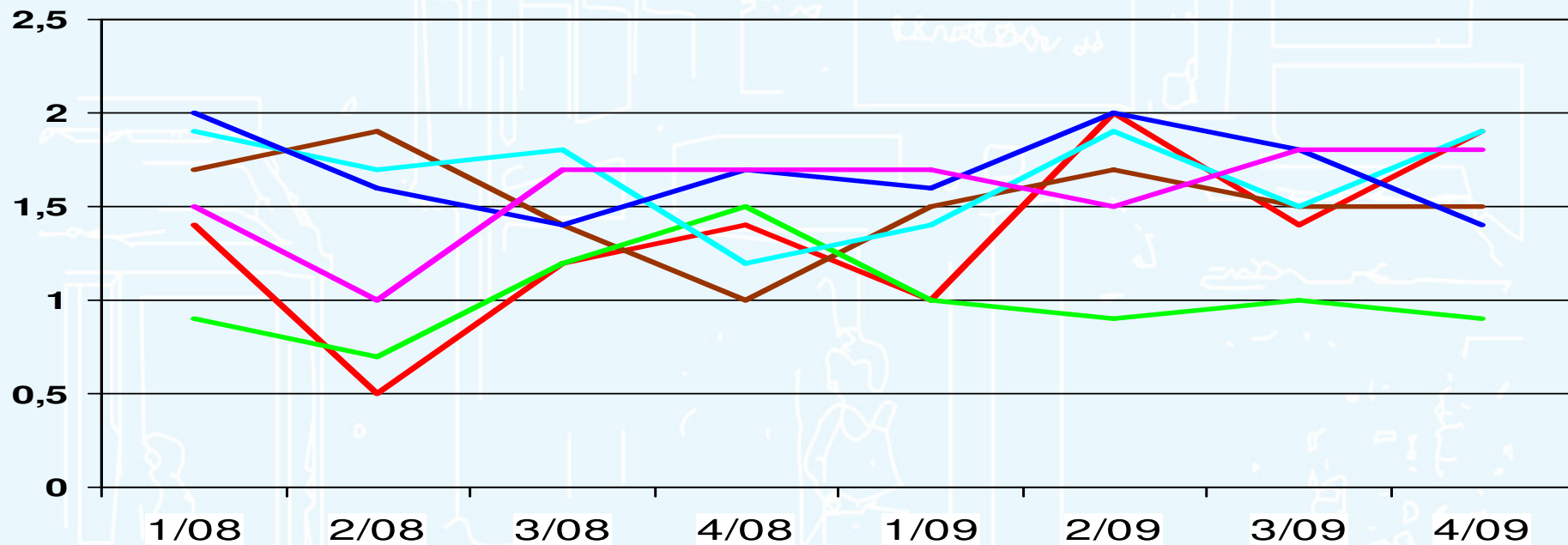


Wie stark waren bisher Ihre **geringsten** Schmerzen seit der Operation?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

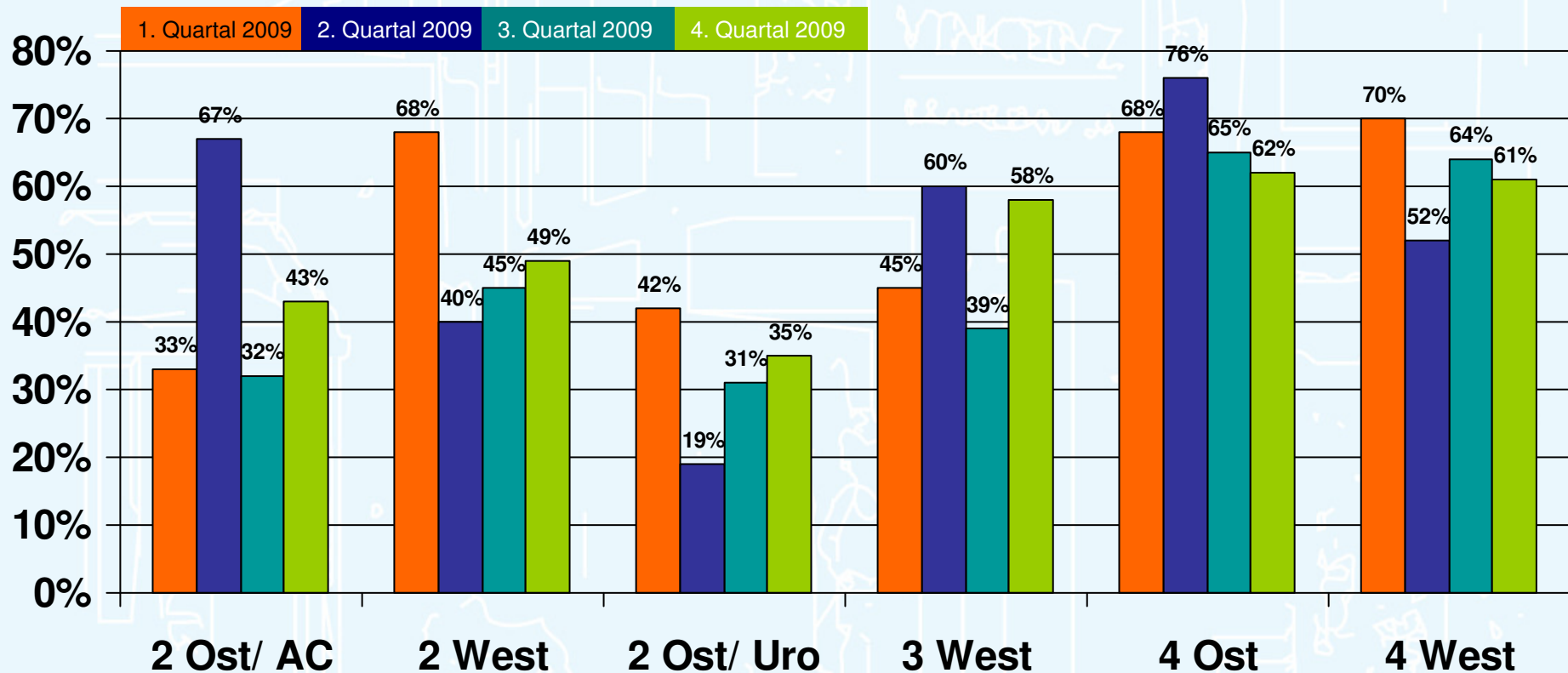
Kein  
Schmerz

Stärkster vorstellbarer  
Schmerz



— 2O/AC	— 2W/AC	— 2O/Uro	— 3W/Gyn	— 4O/UC	— 4W/UC
---------	---------	----------	----------	---------	---------

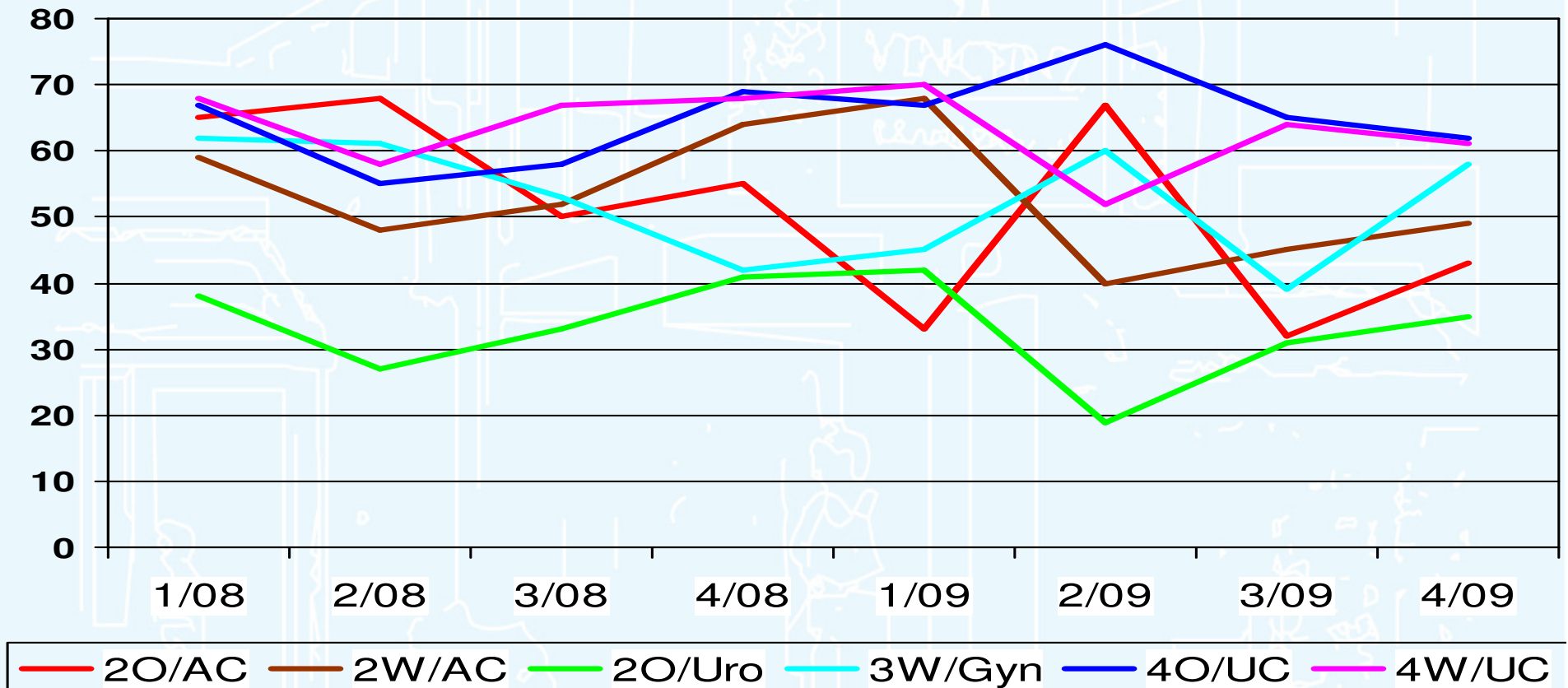
## Sind Sie durch die Schmerzen in Ihrer Mobilität bzw. Bewegung beeinträchtigt? Ja / Nein



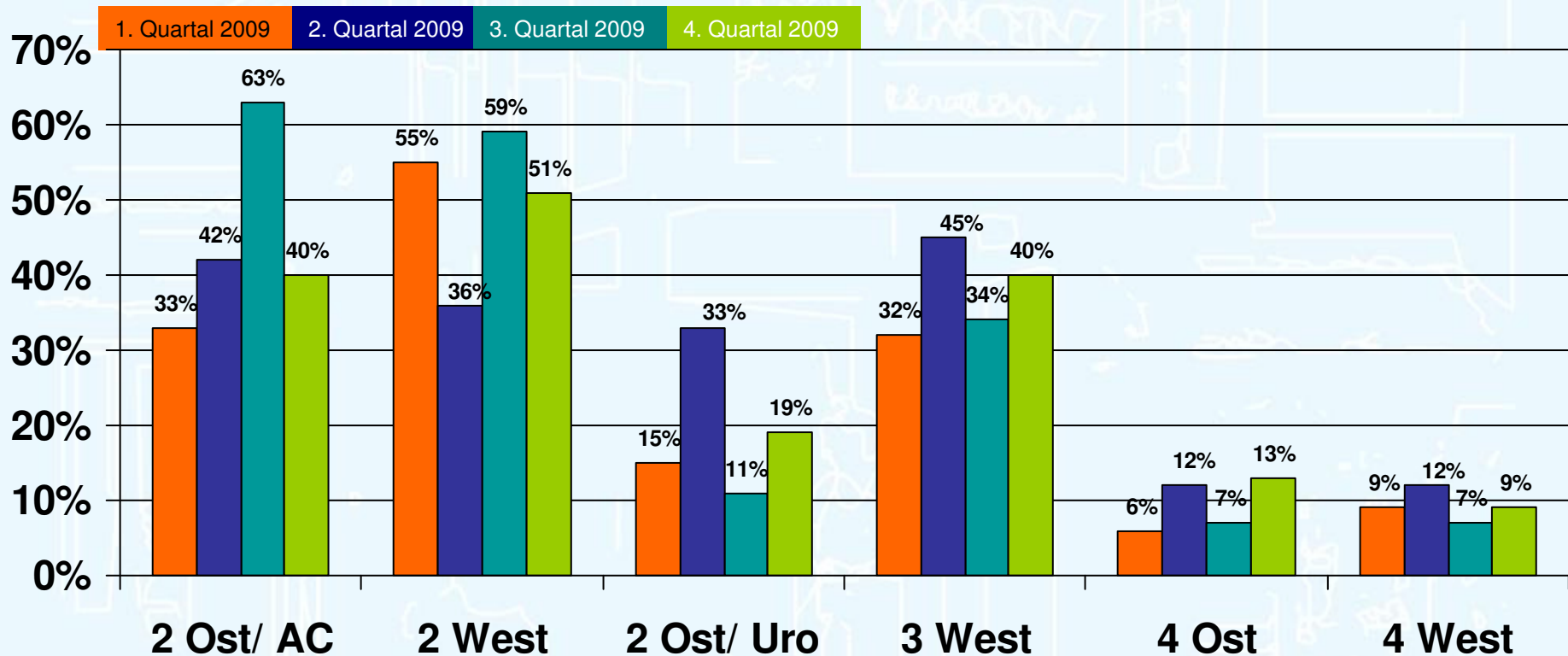
Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

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

Ja / Nein

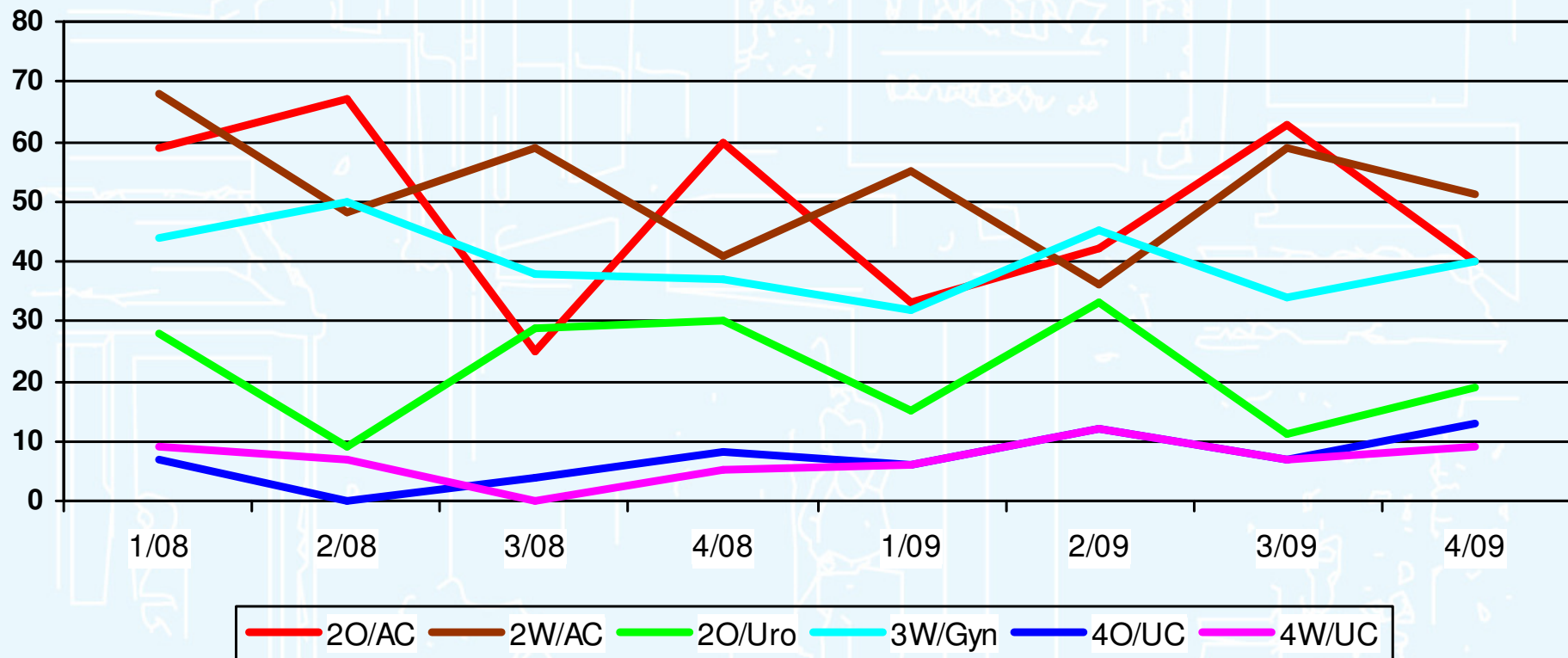


## Sind Sie durch die Schmerzen beim Husten oder tiefen Luftholen beeinträchtigt? Ja / Nein

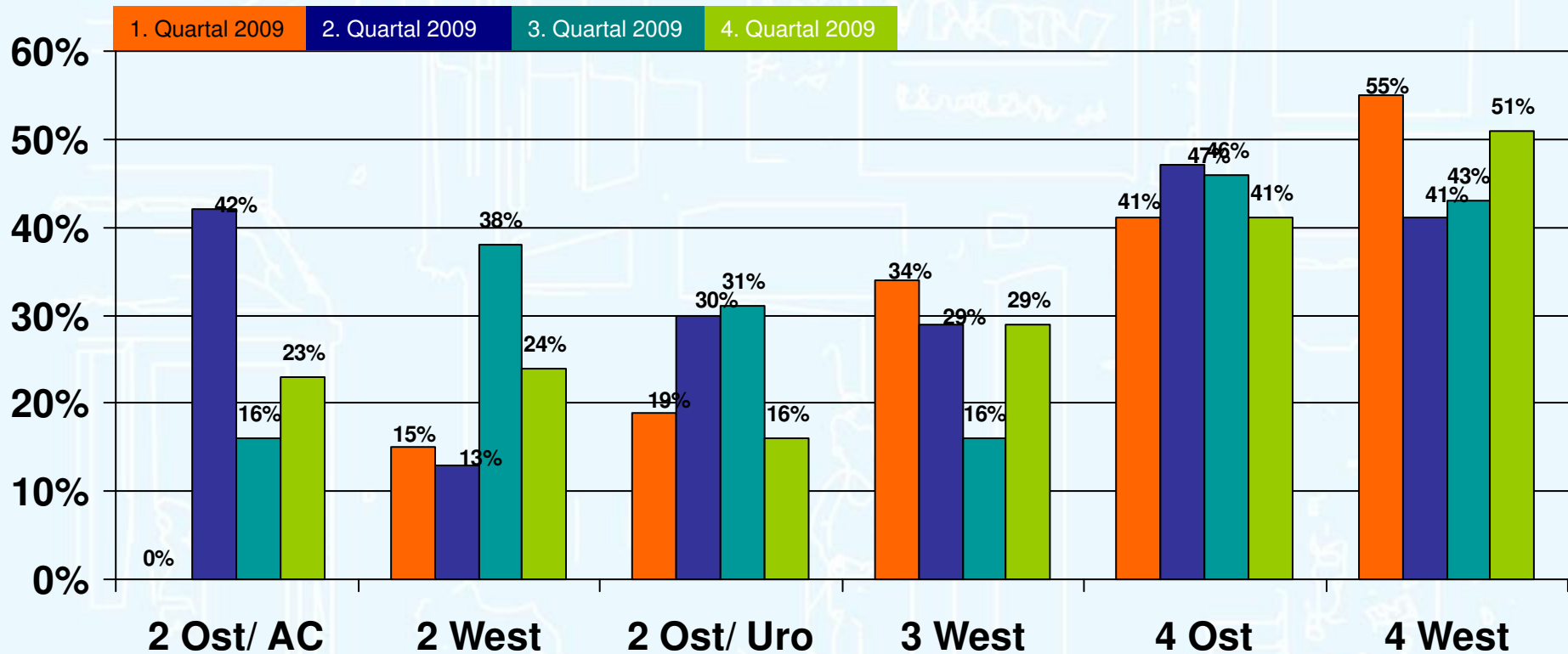


Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

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



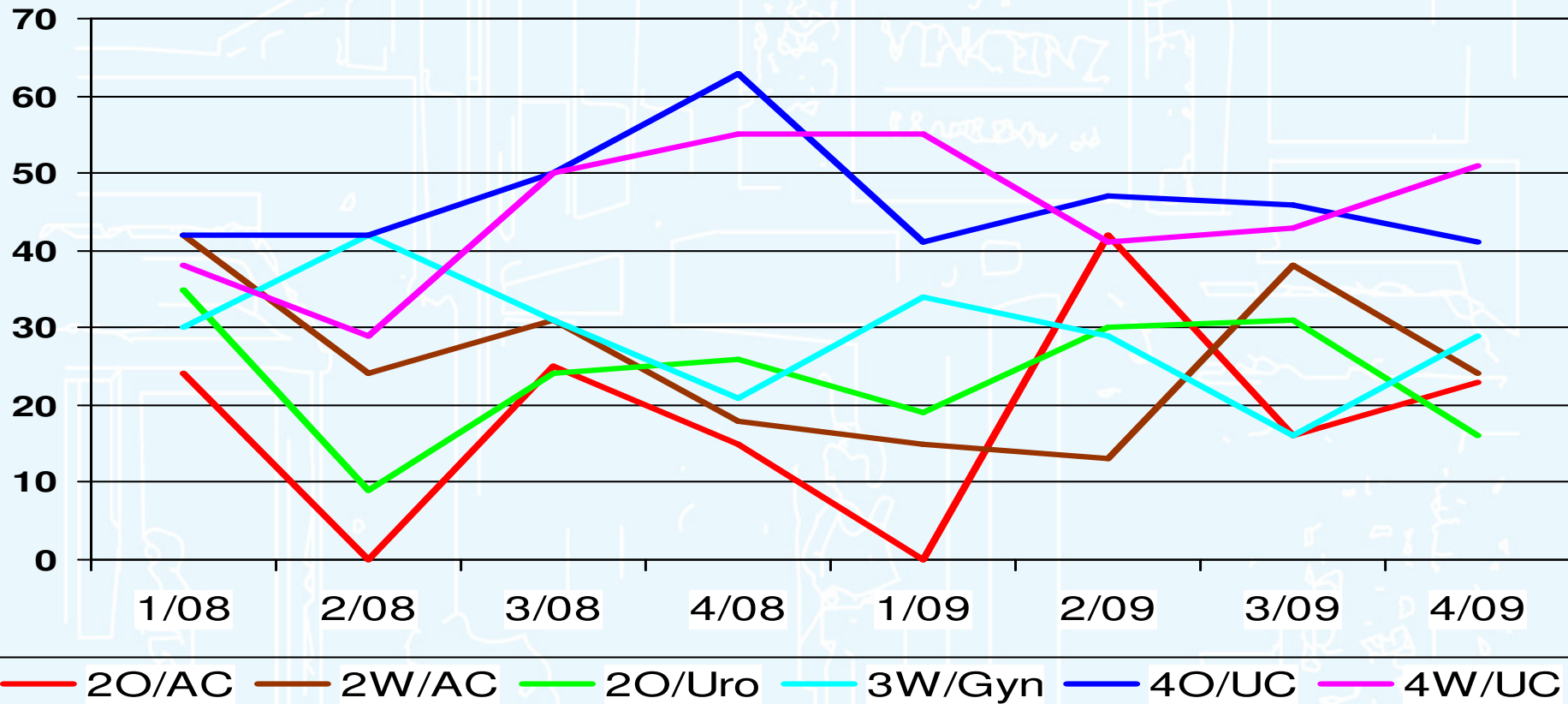
**Sind Sie durch die Schmerzen heute Nacht aufgewacht?**  
**Ja / Nein**



Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

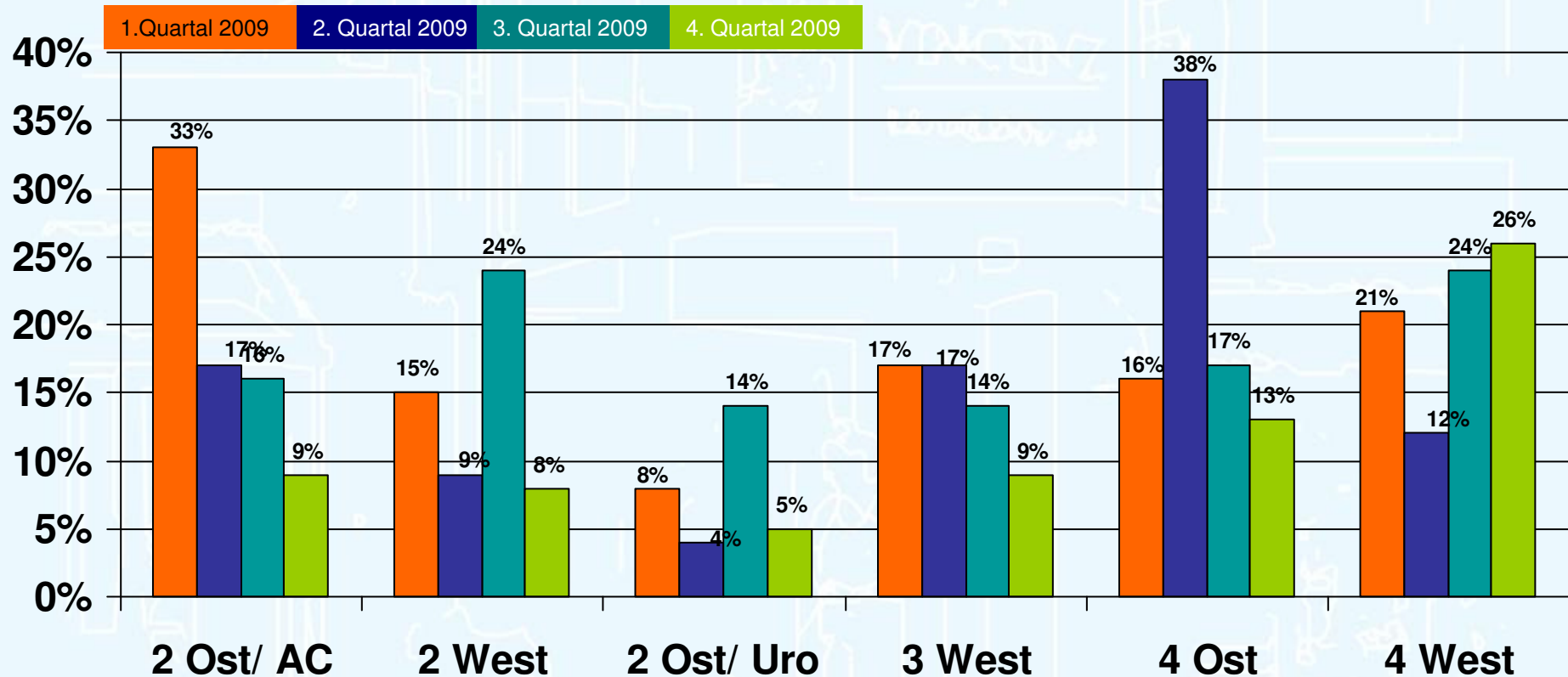
## Sind Sie durch die Schmerzen heute Nacht aufgewacht?

Ja / Nein



## Sind Sie durch die Schmerzen in Ihrer Stimmung beeinträchtigt?

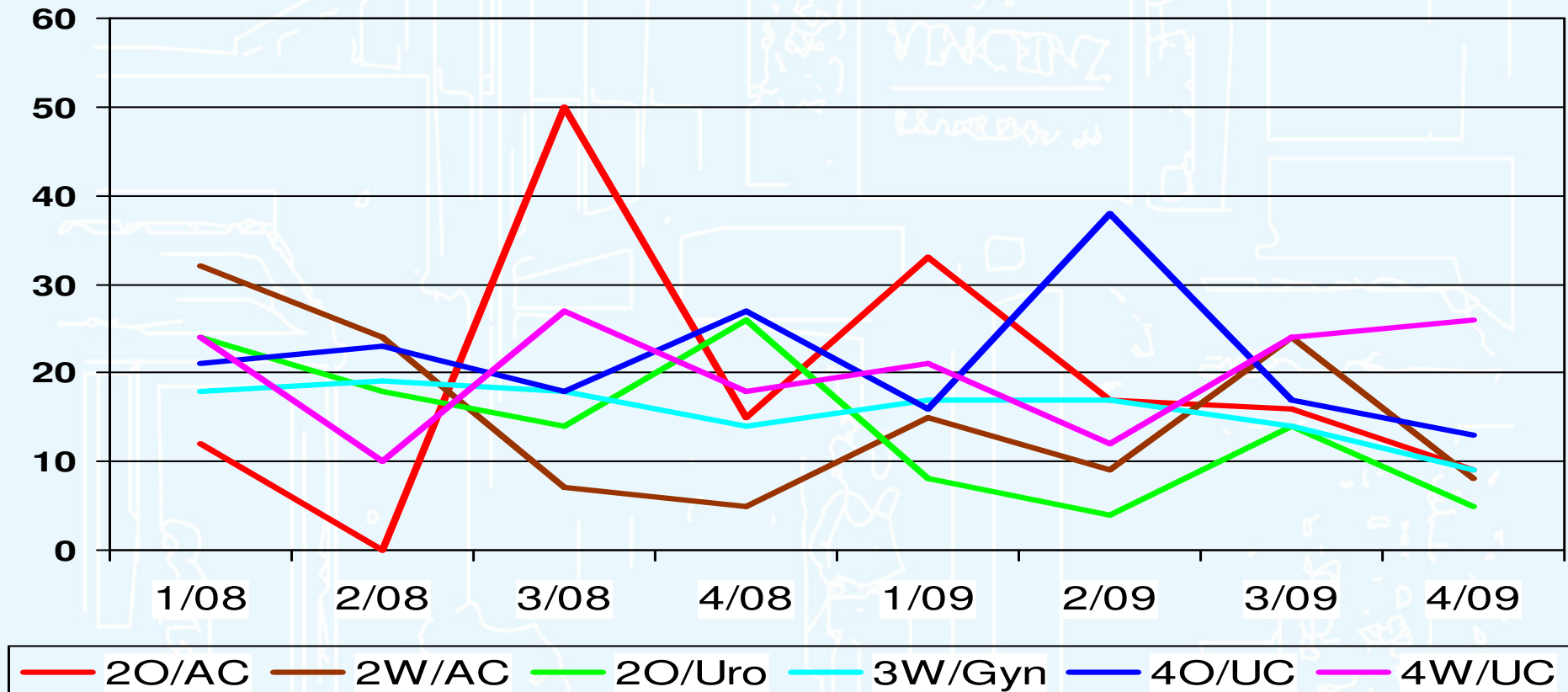
Ja / Nein



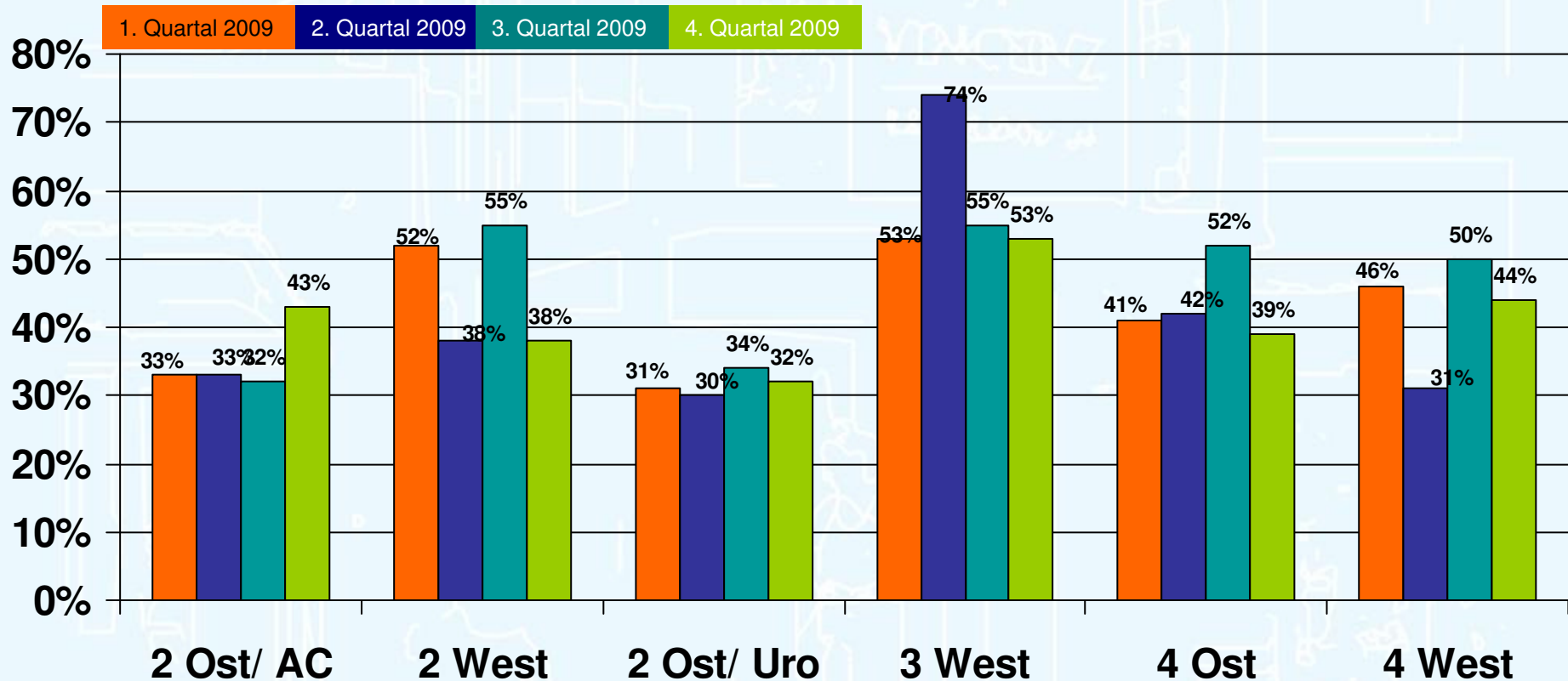
Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

**Sind Sie durch die Schmerzen in Ihrer Stimmung beeinträchtigt?**

**Ja / Nein**

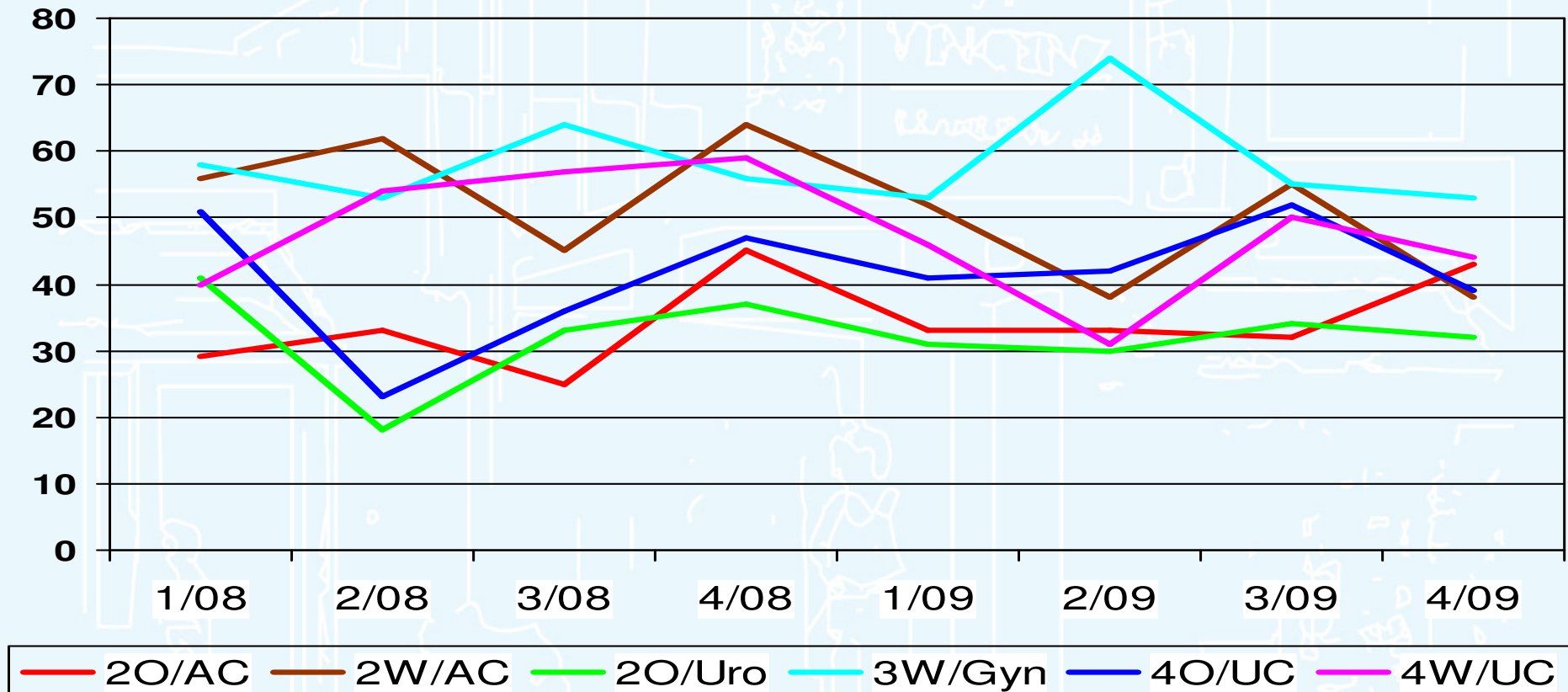


## Haben Sie sich seit der Operation sehr müde gefühlt? Ja / Nein

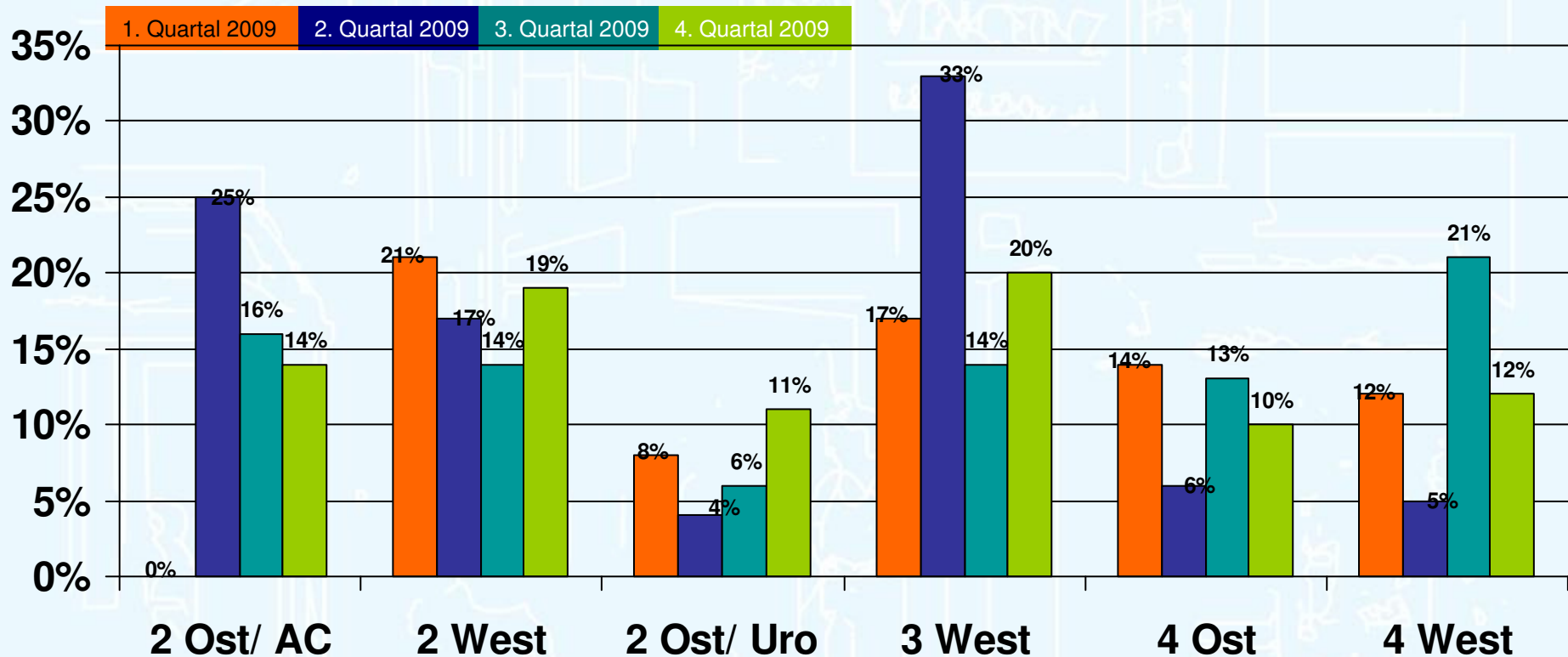


Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

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

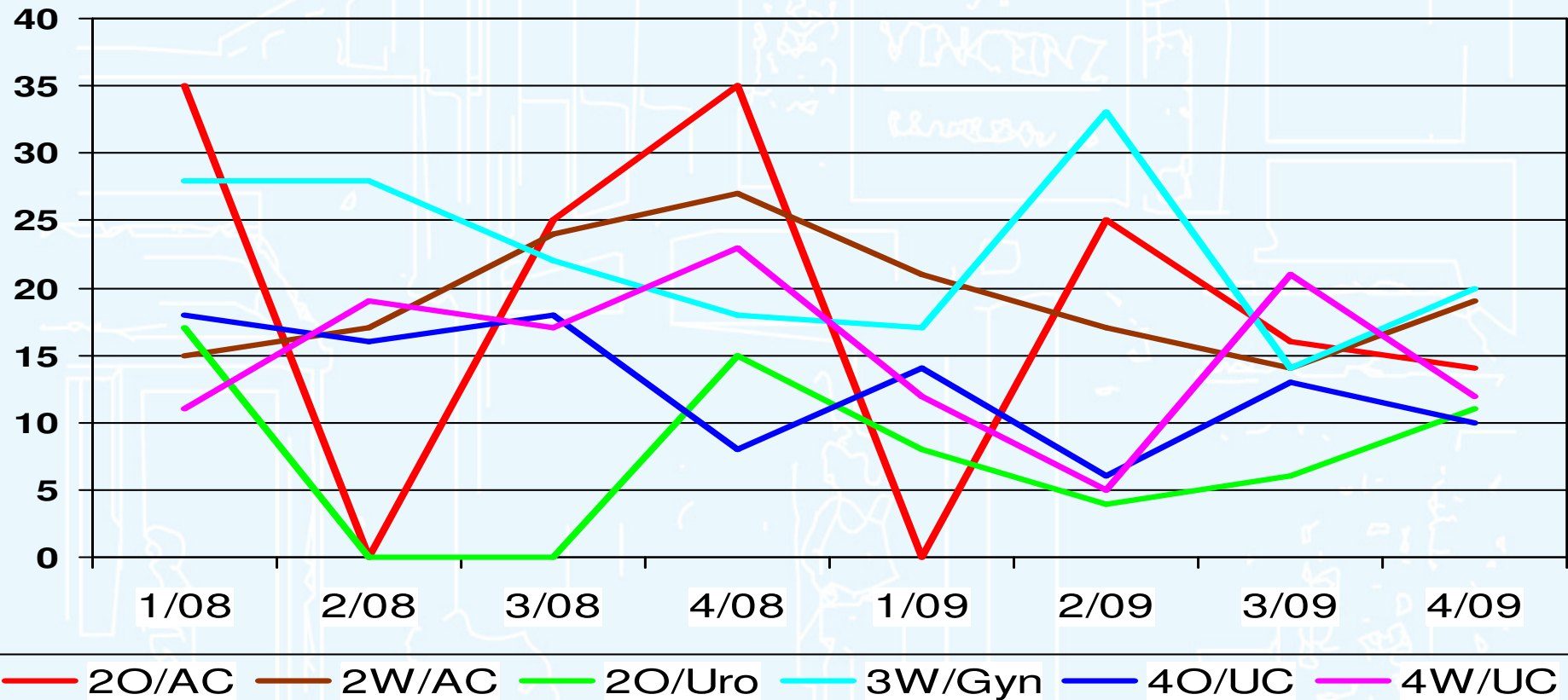


## Haben Sie seit der Operation unter Übelkeit gelitten? Ja / Nein



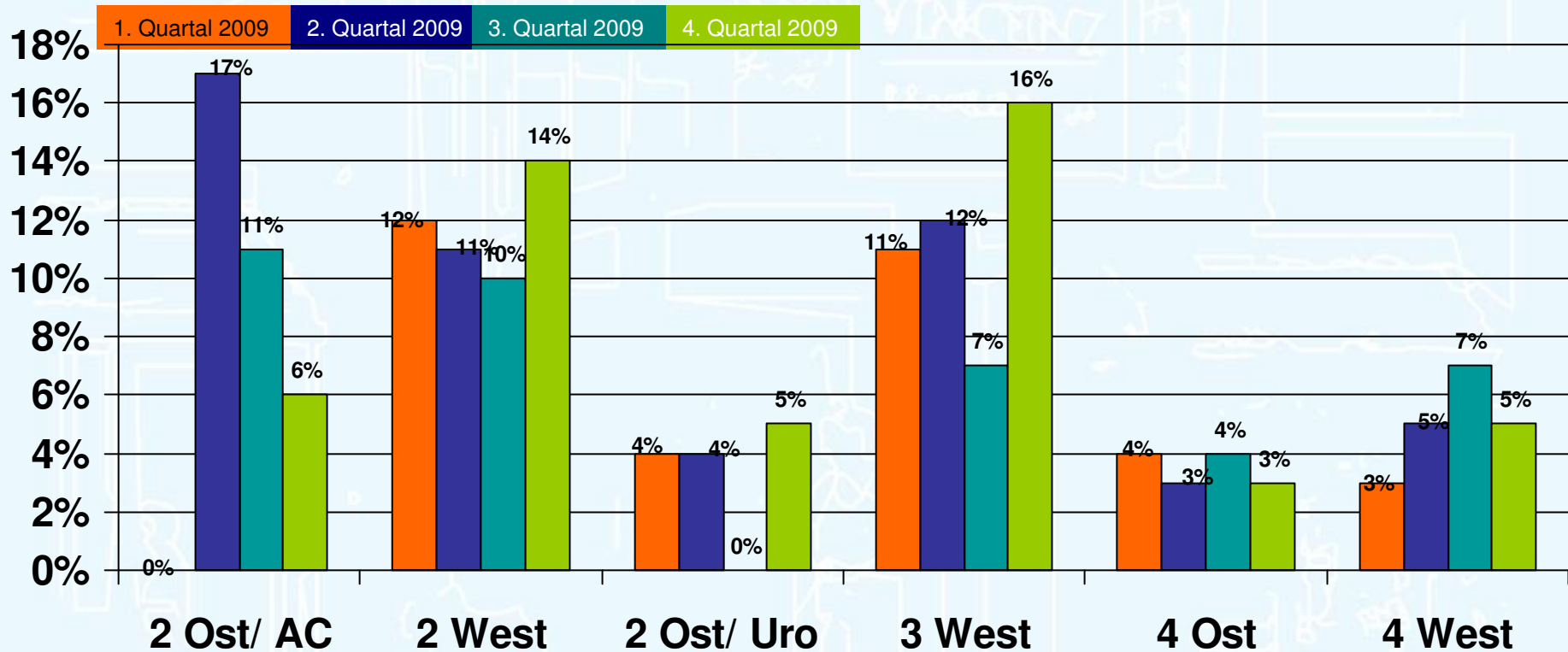
Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

## Haben Sie seit der Operation unter Übelkeit gelitten? Ja / Nein



## Haben sie seit der Operation erbrochen?

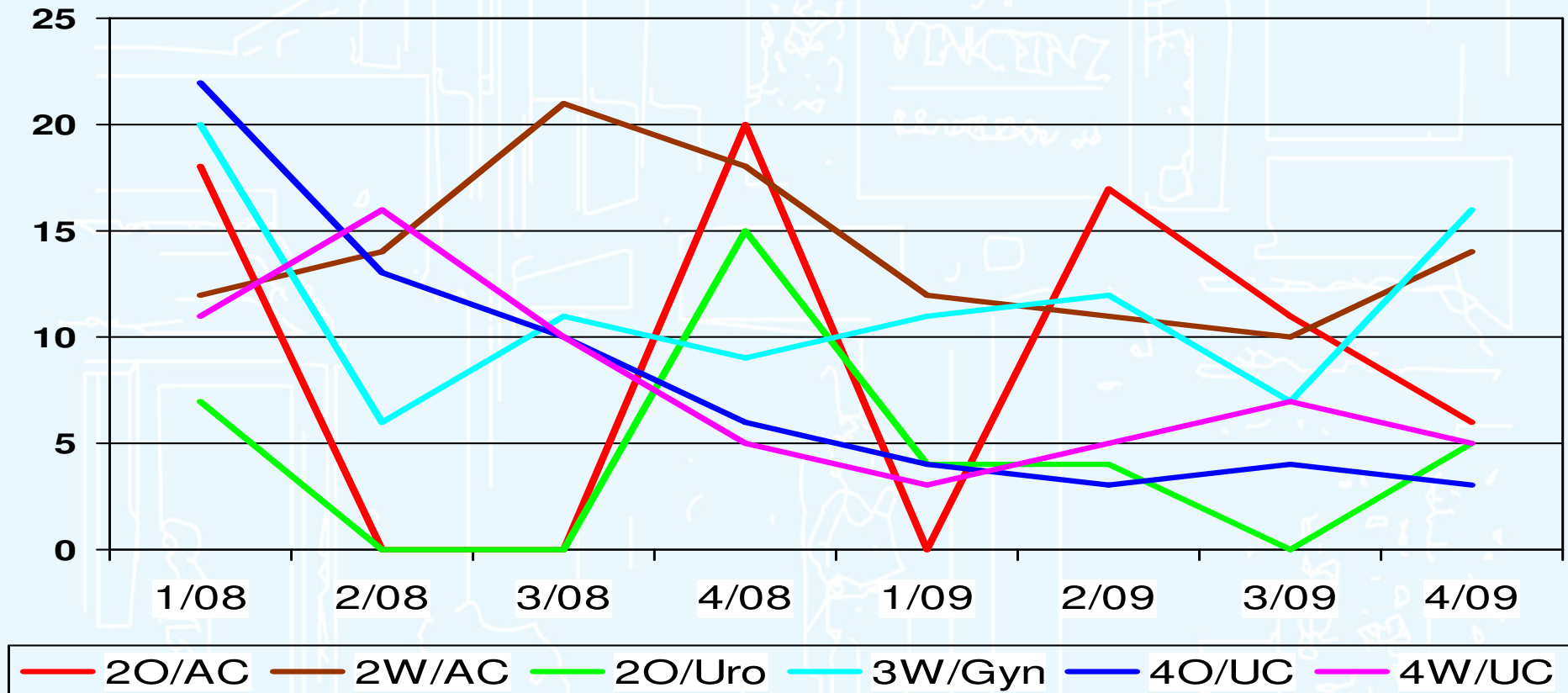
Ja / Nein



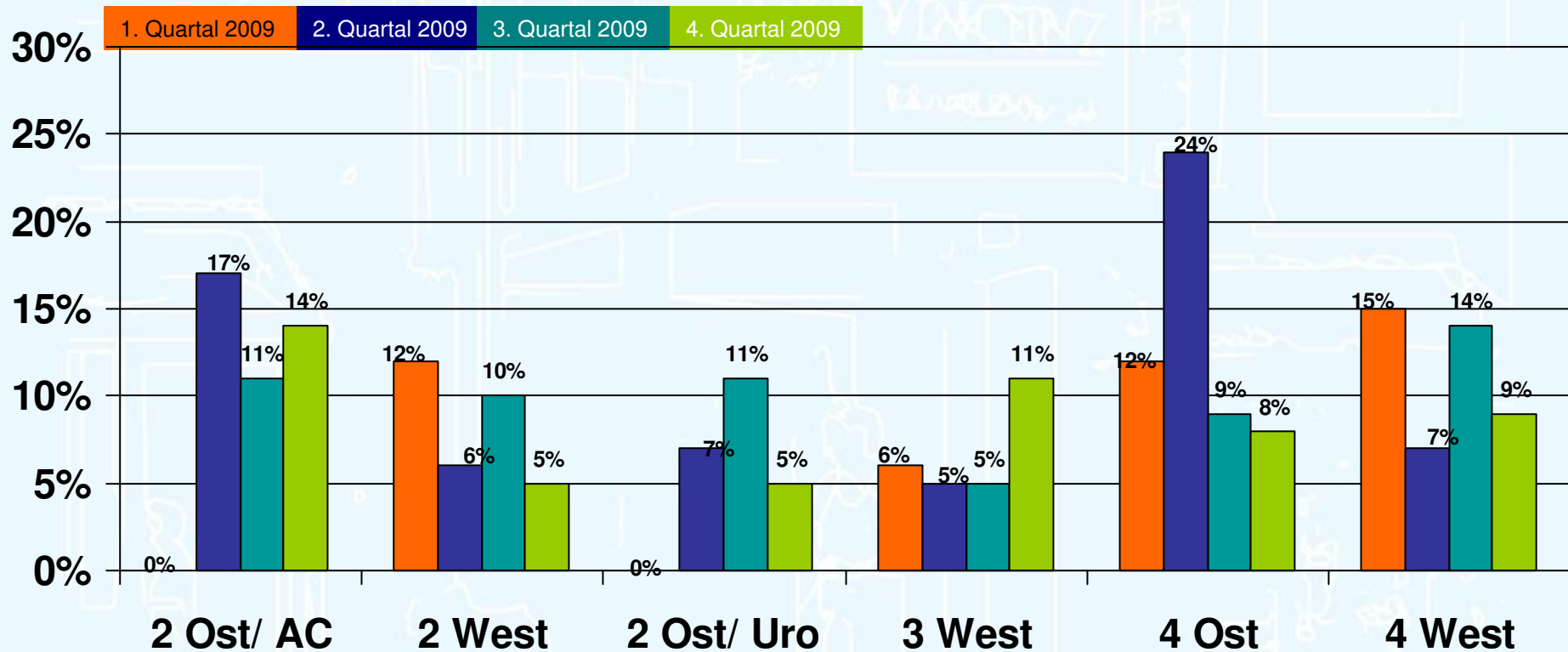
Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

### Haben sie seit der Operation erbrochen?

Ja / Nein

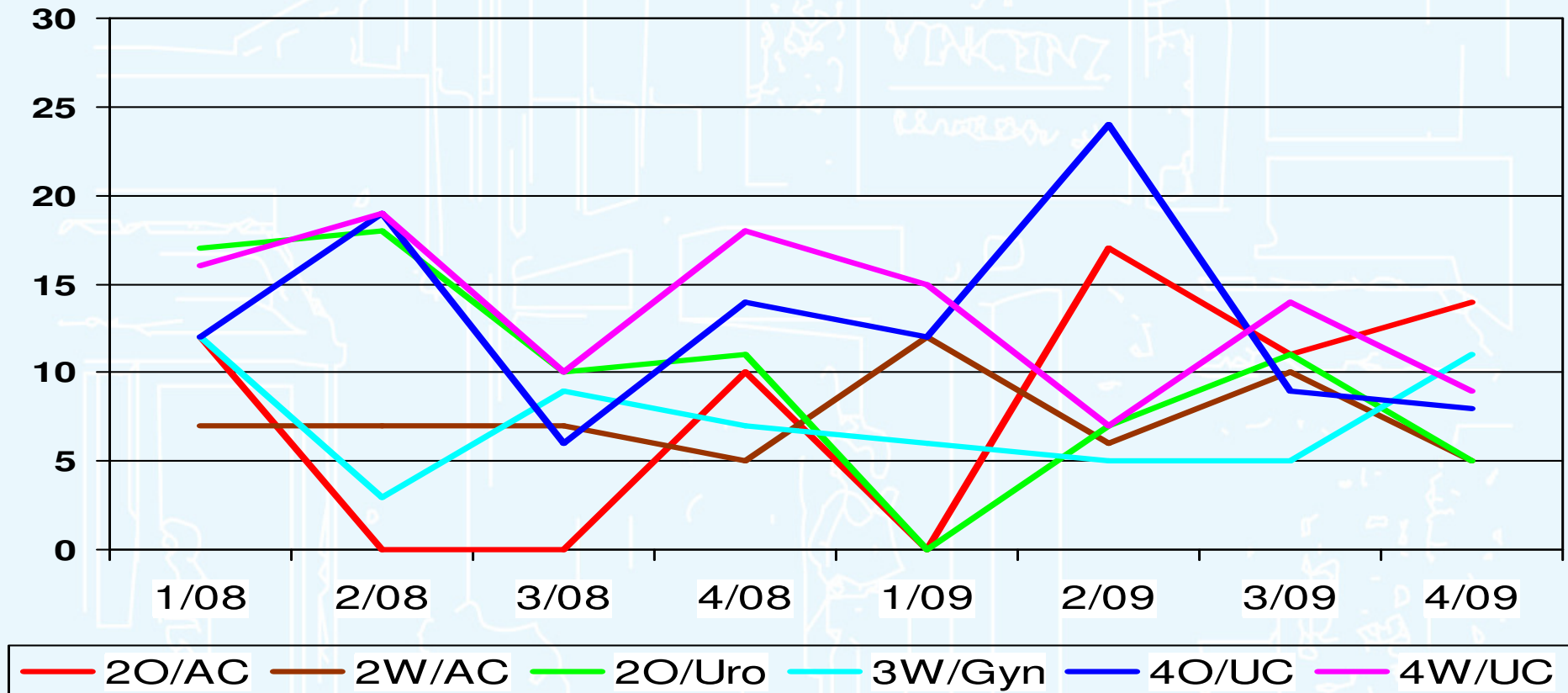


## Hätten Sie sich gewünscht, mehr Mittel gegen Schmerzen zu bekommen? Ja / Nein



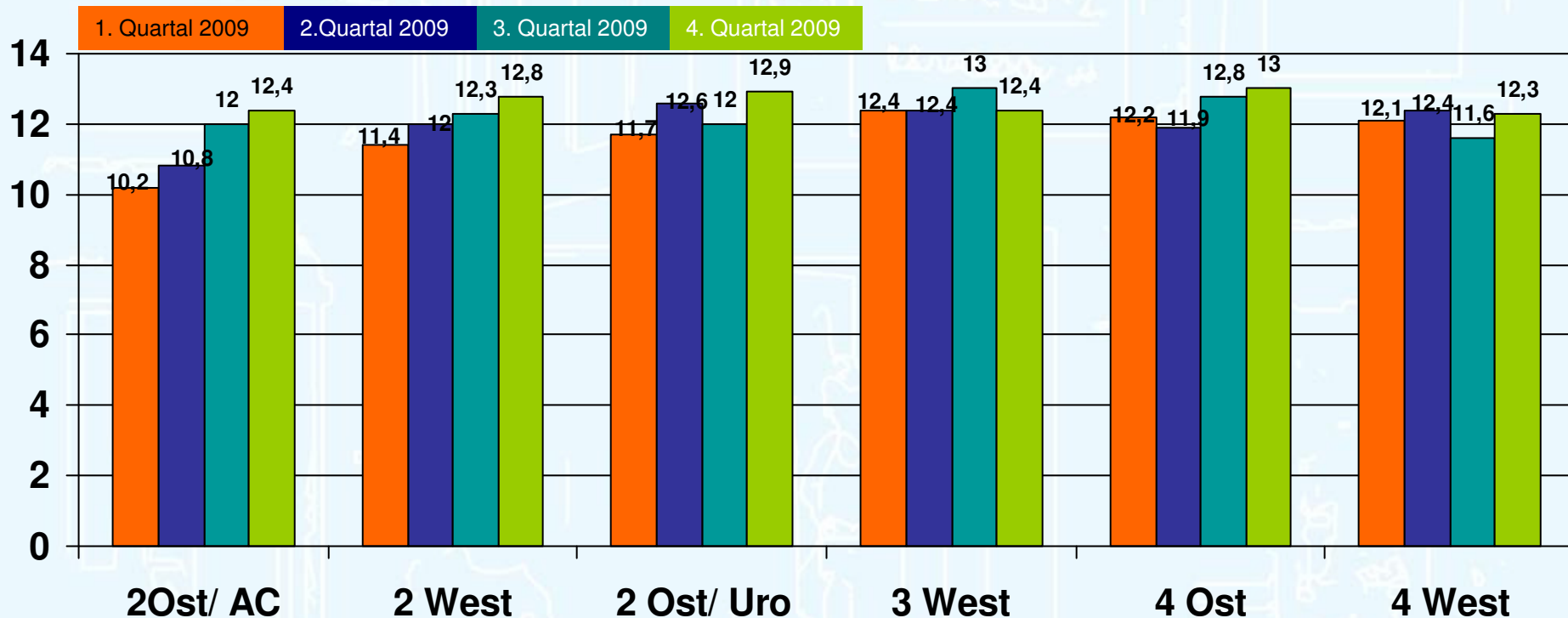
Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

**Hätten Sie sich gewünscht, mehr Mittel gegen Schmerzen zu bekommen?  
Ja / Nein**



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

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



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

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

