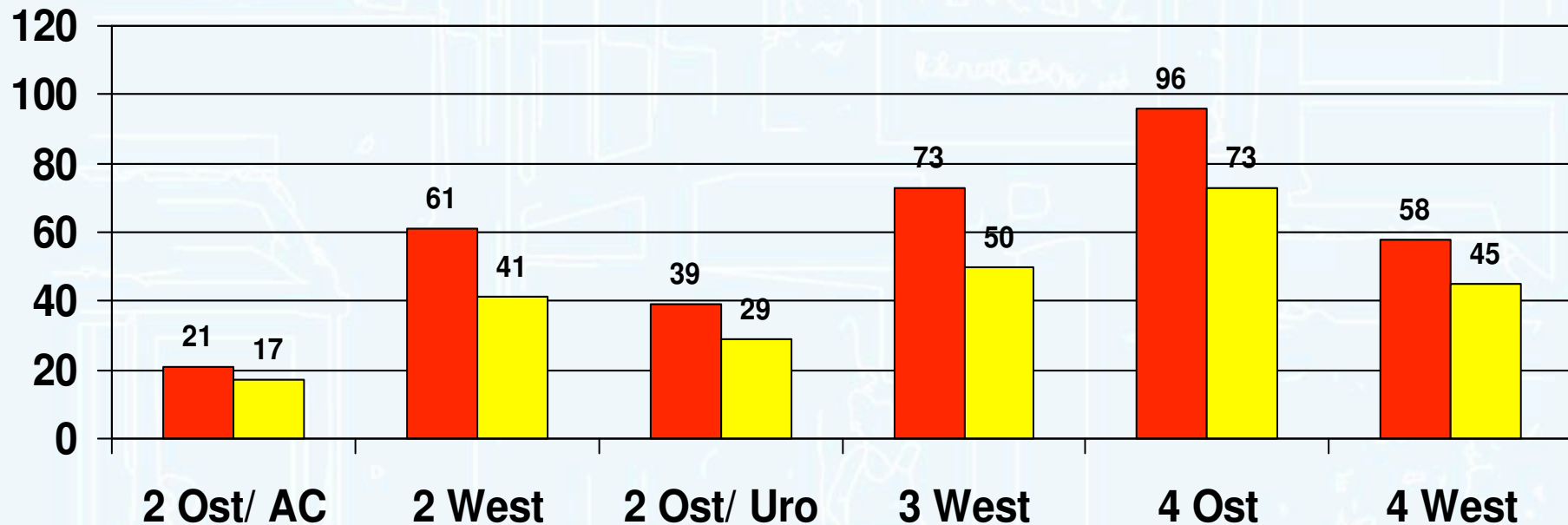
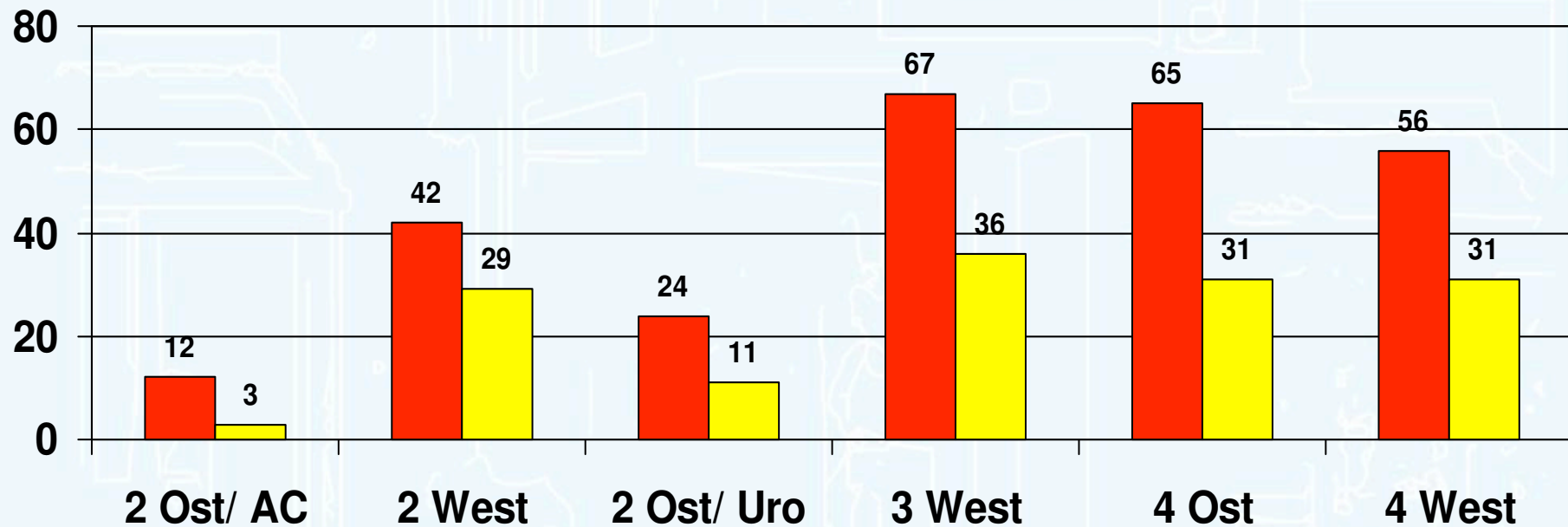


Auswertung der Stationen vom 31.12.2008 St. Vincenz Krankenhaus Limburg

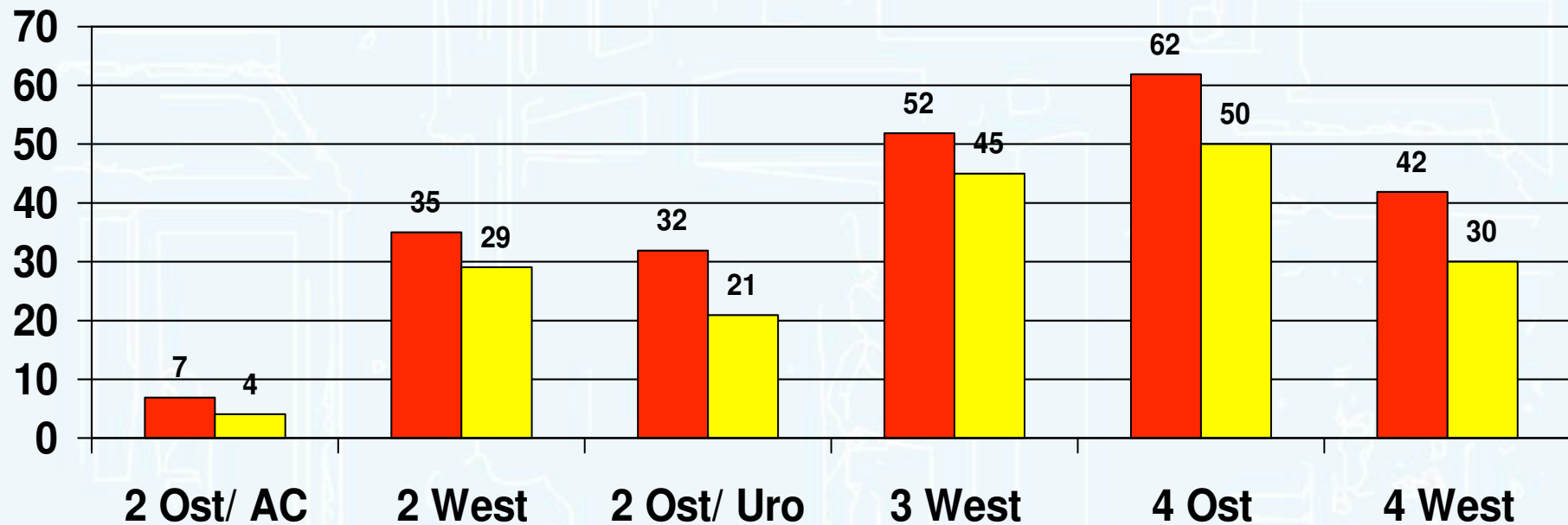
■ **Teilnehmende Patienten 1.1. -31.3.2008**
■ **Ausgefüllte Fragebögen 1.1. - 31.3.2008**



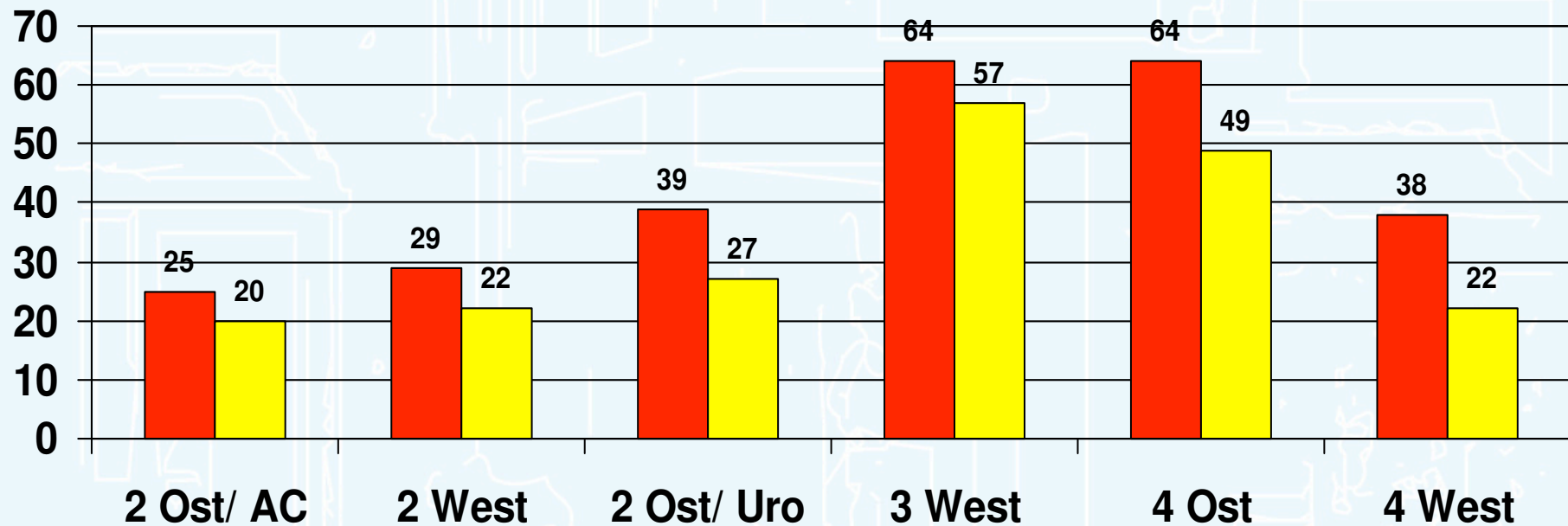
■ **Teilnehmende Patienten 1.4. - 30.6.2008**
■ **Ausgefüllte Fragebögen 1.4. - 30.6.2008**



■ **Teilnehmende Patienten 1.7. - 30.9.2008**
 ■ **Ausgefüllte Fragebögen 1.7. - 30.9.2008**



■ **Teilnehmende Patienten 1.10. - 31.12.2008**
■ **Ausgefüllte Fragebögen 1.10. - 31.12.2008**



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

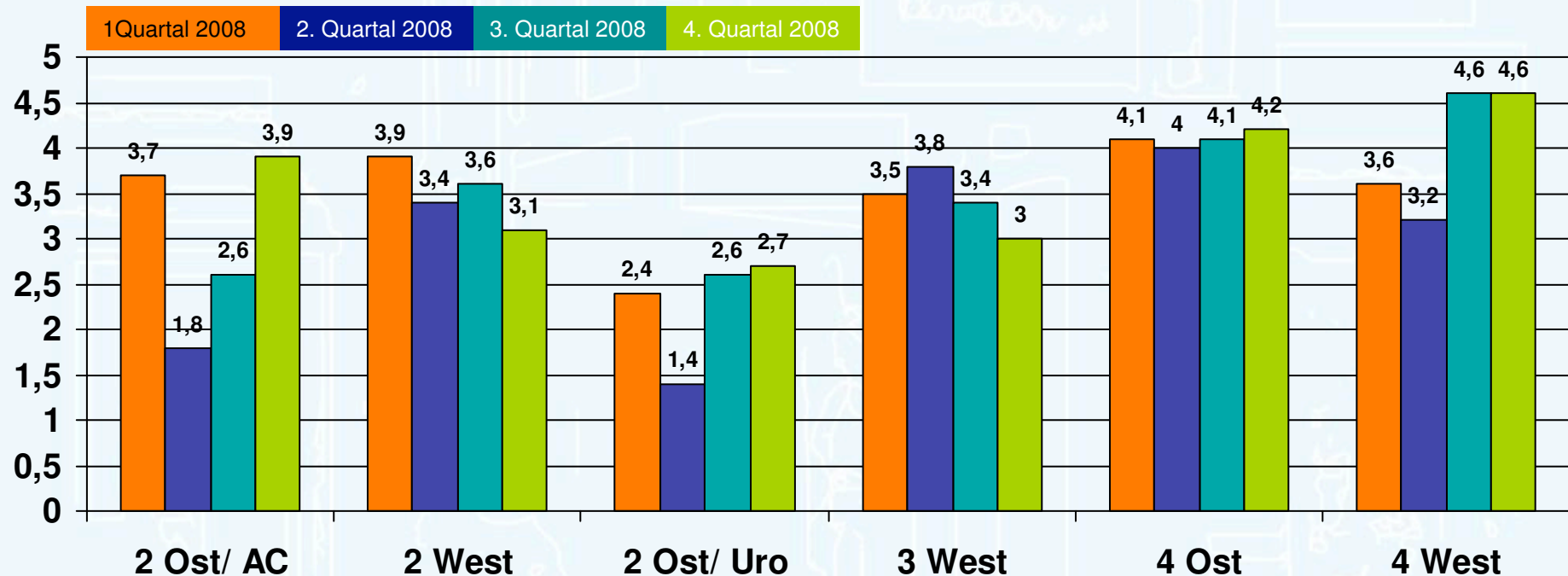
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kein

Stärkster vorstellbarer

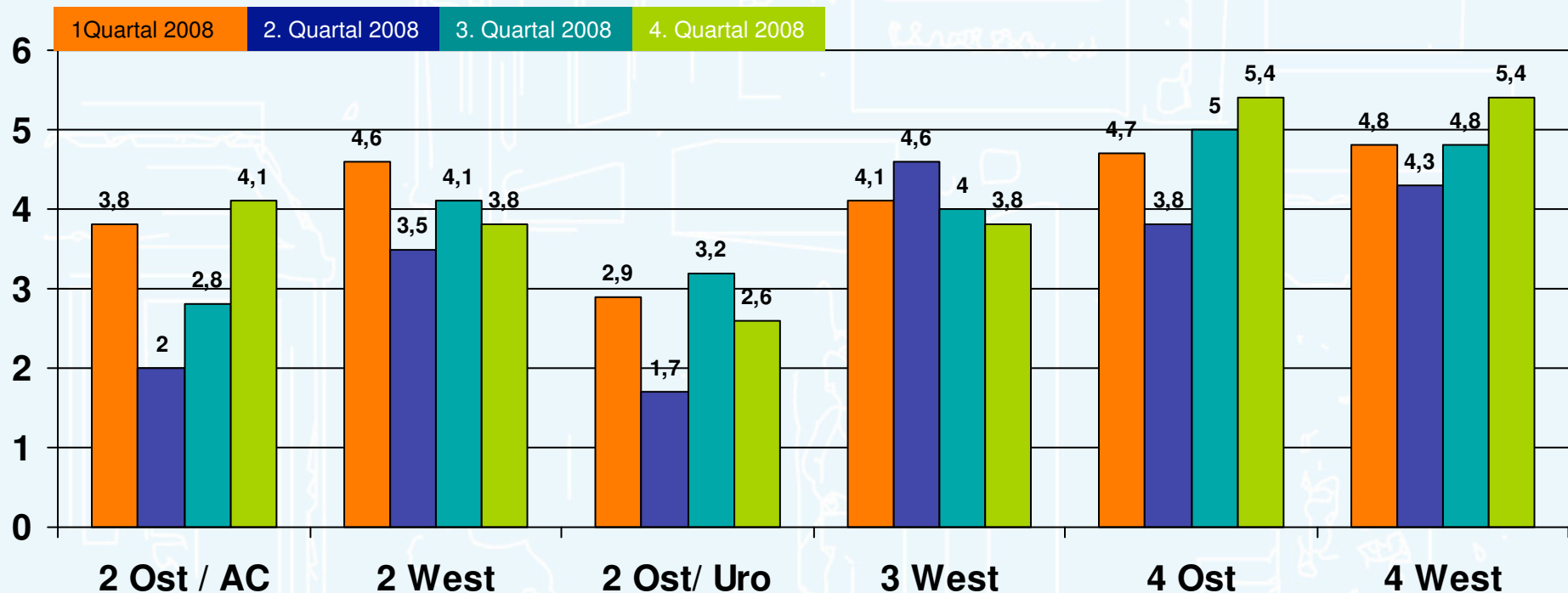
Schmerz

Schmerz

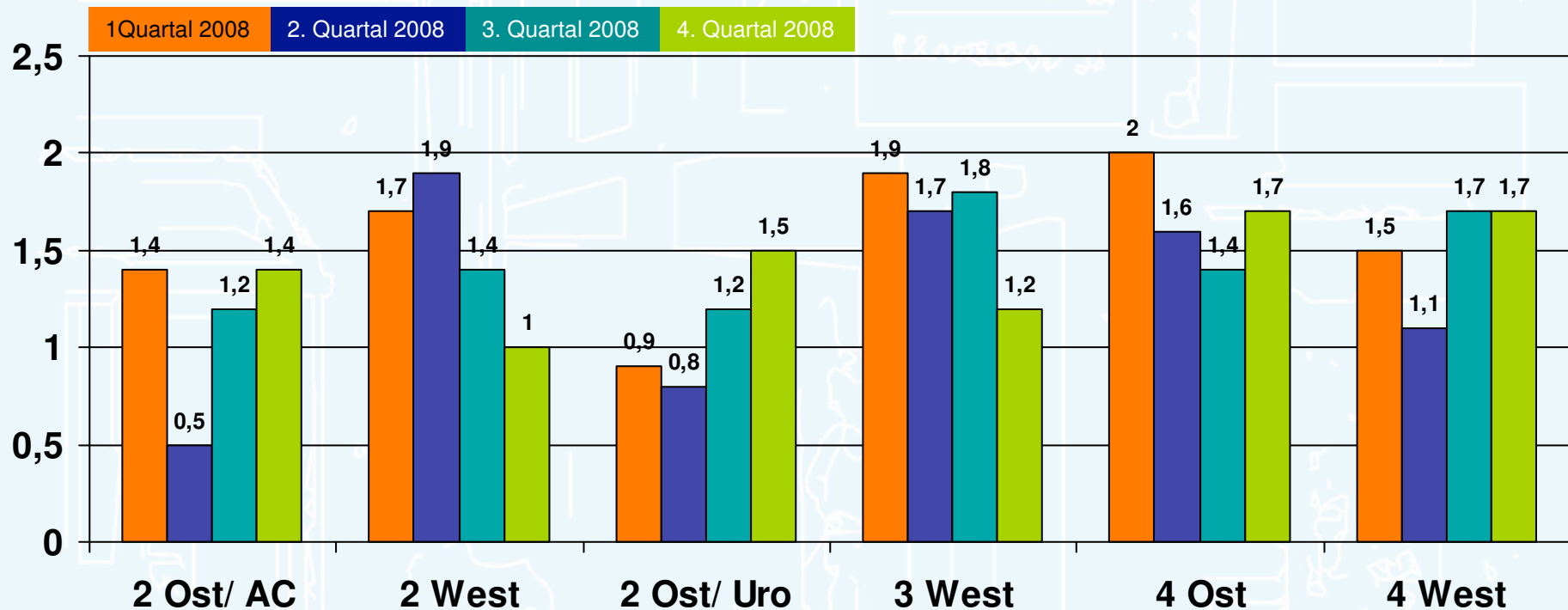
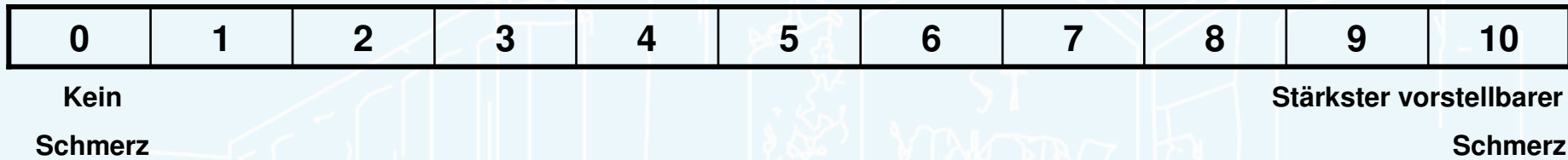


Wie stark waren bisher Ihre **stärksten** Schmerzen seit der Operation?

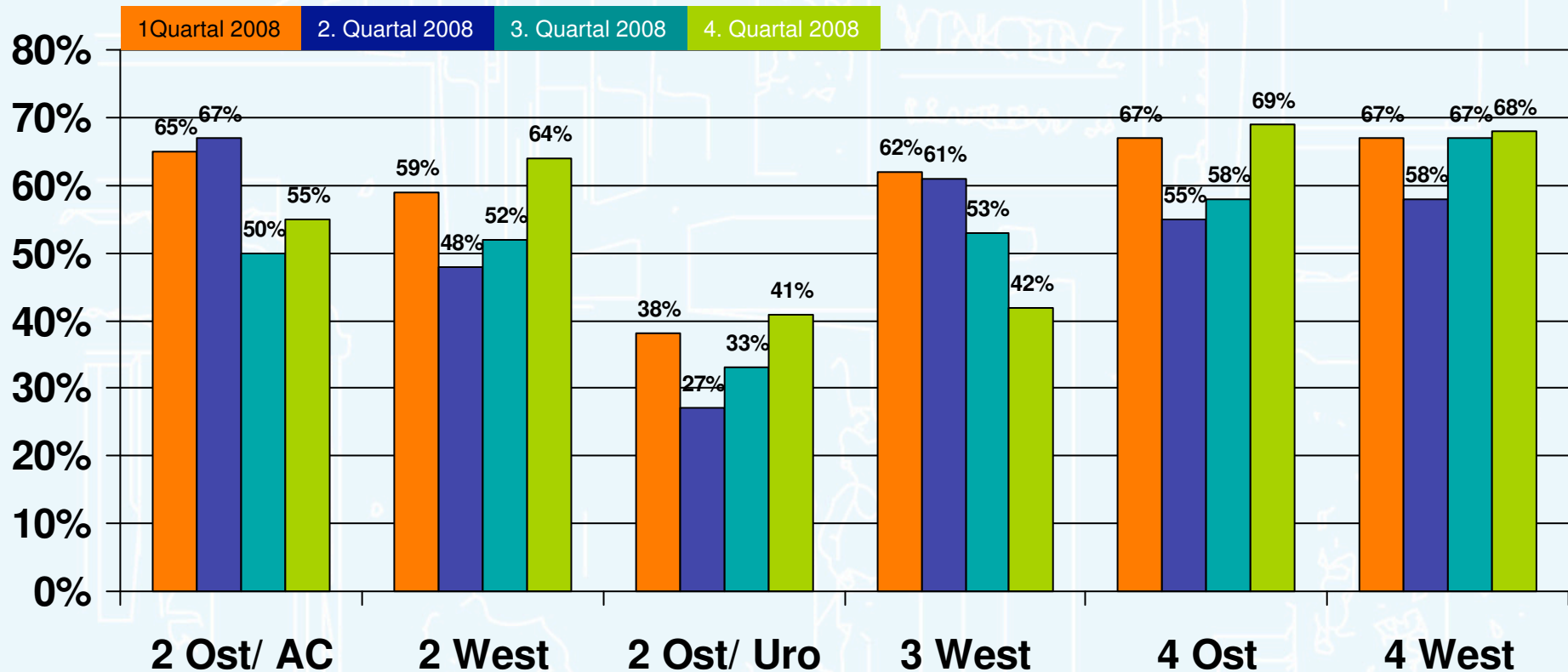
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz					Stärkster vorstellbarer Schmerz					



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

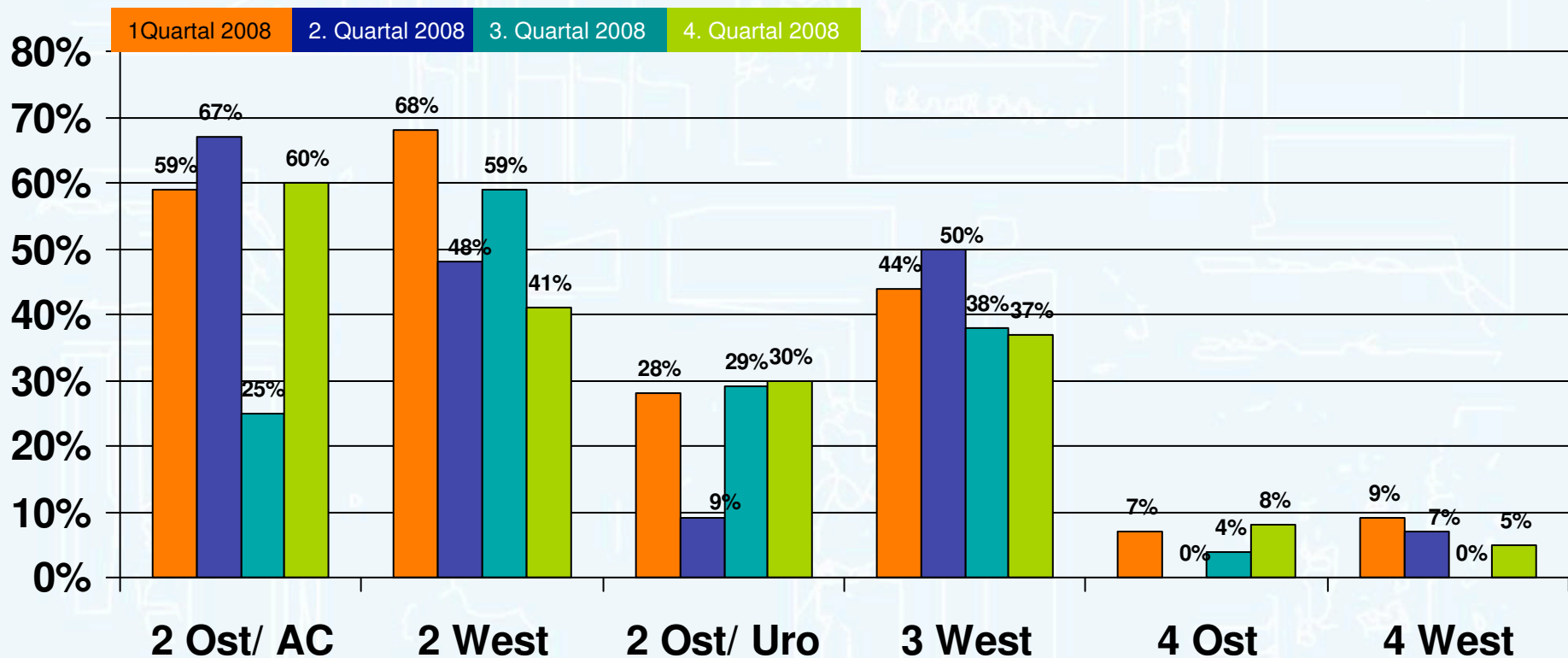


Sind Sie durch die Schmerzen in Ihrer Mobilität bzw. Bewegung beeinträchtigt? Ja / Nein



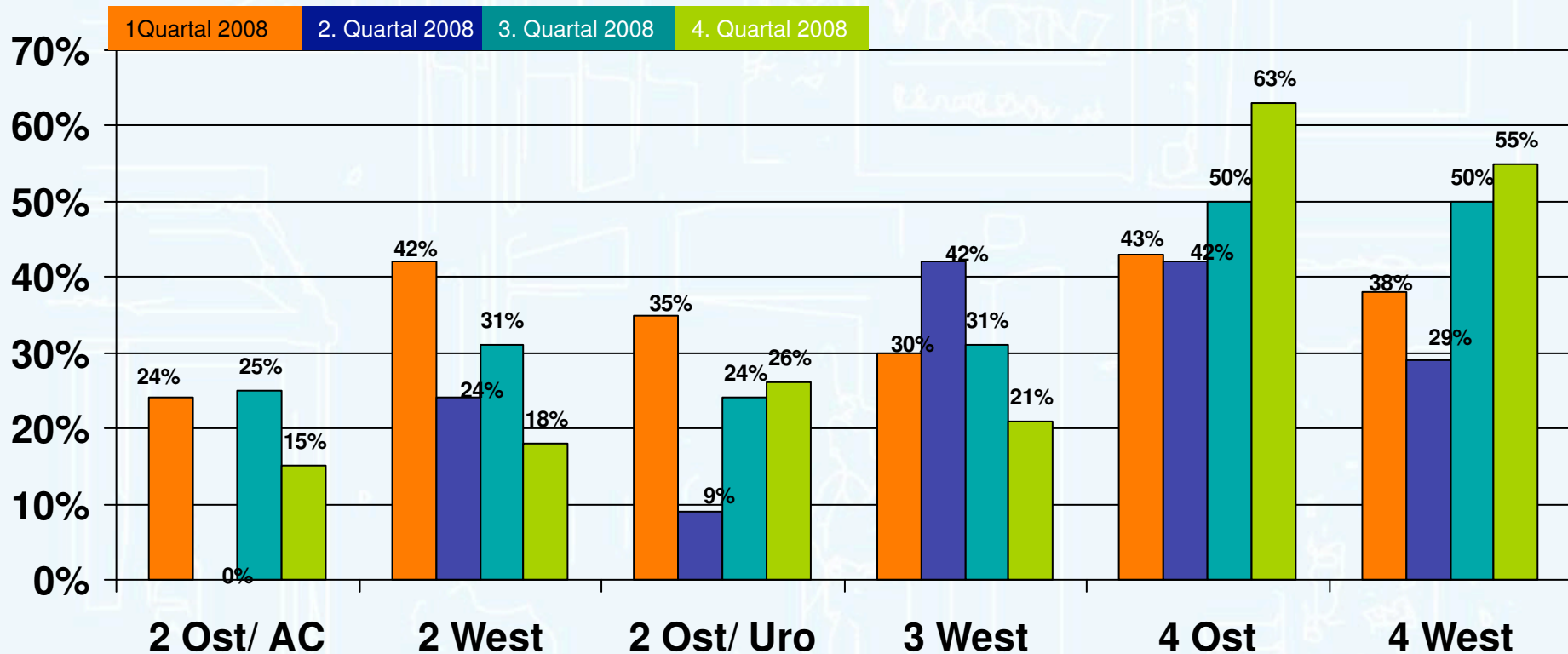
Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

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



Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

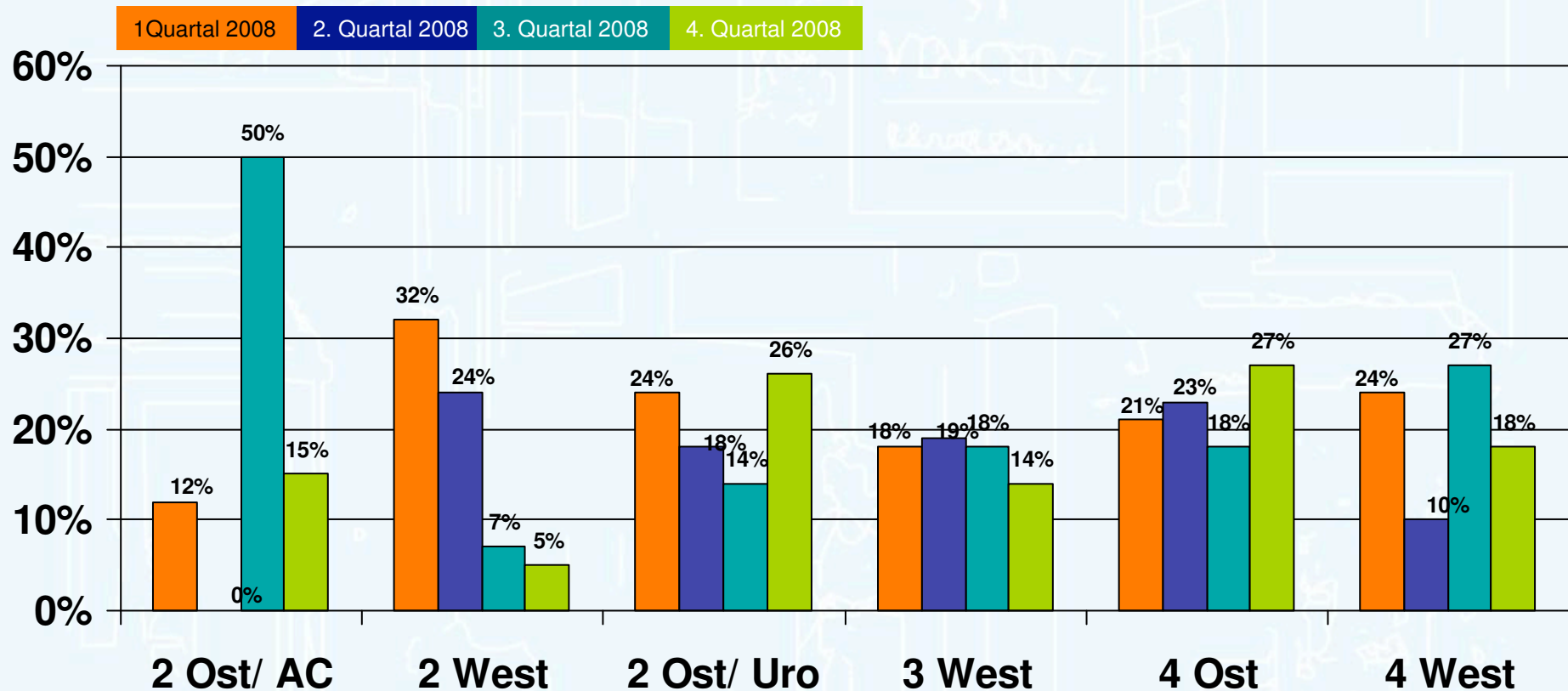
Sind Sie durch die Schmerzen heute Nacht aufgewacht? Ja / Nein



Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

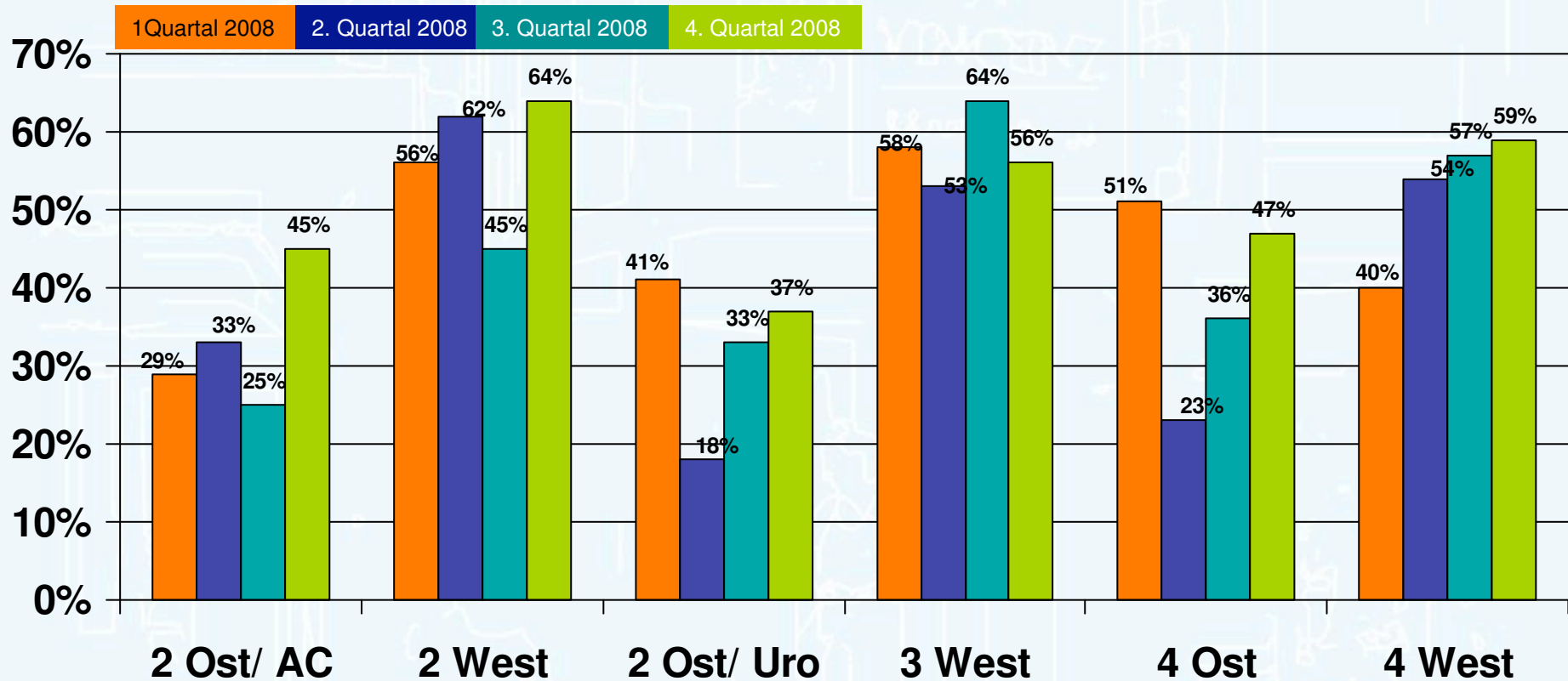
Sind Sie durch die Schmerzen in Ihrer Stimmung beeinträchtigt?

Ja / Nein



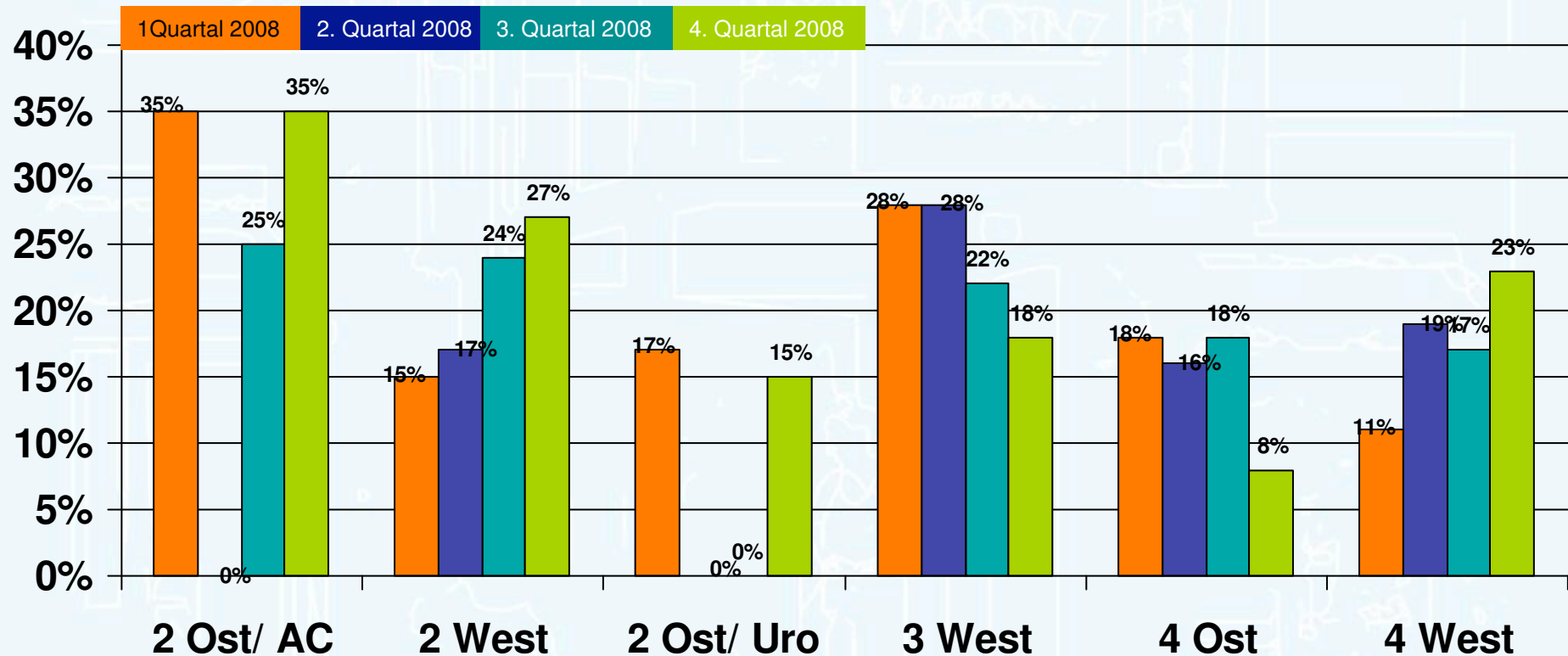
Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

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



Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

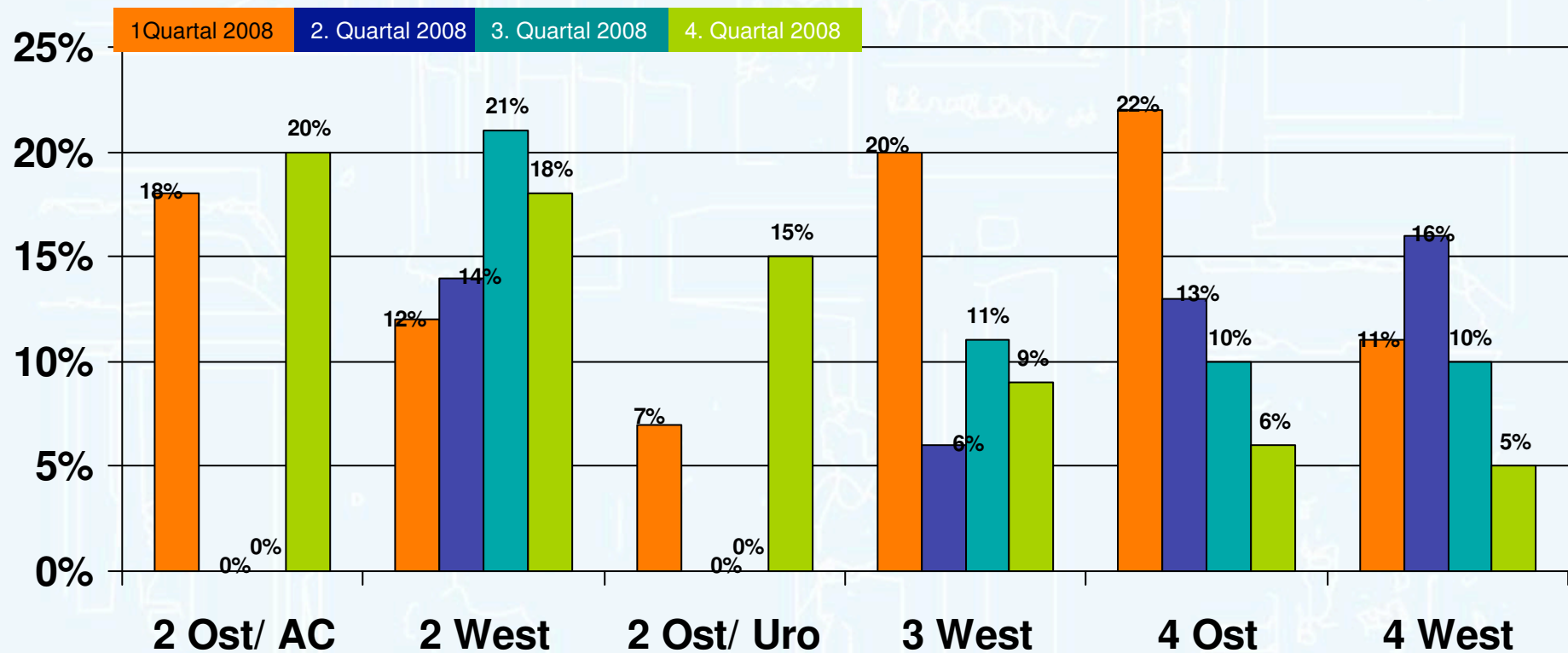
Haben Sie seit der Operation unter Übelkeit gelitten? Ja / Nein



Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

Haben sie seit der Operation erbrochen?

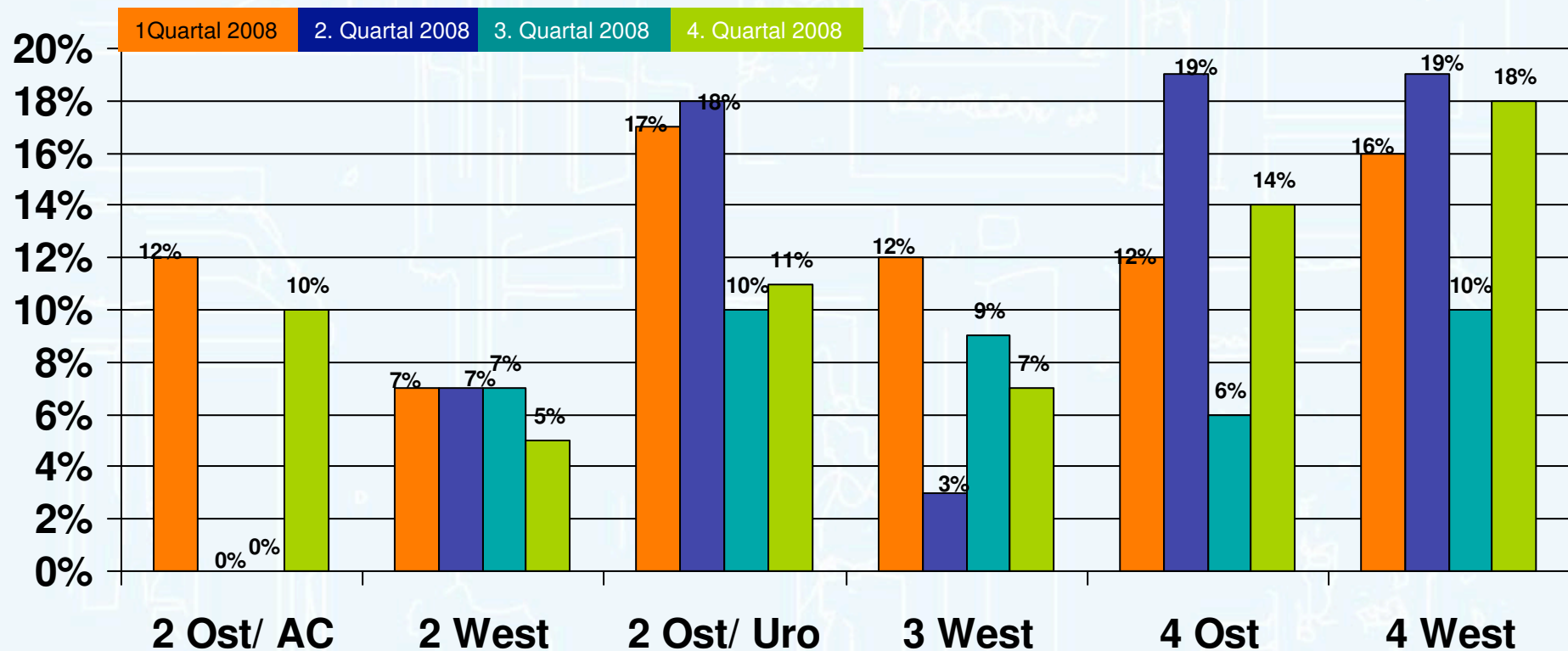
Ja / Nein



Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

Hätten Sie sich gewünscht, mehr Mittel gegen Schmerzen zu bekommen?

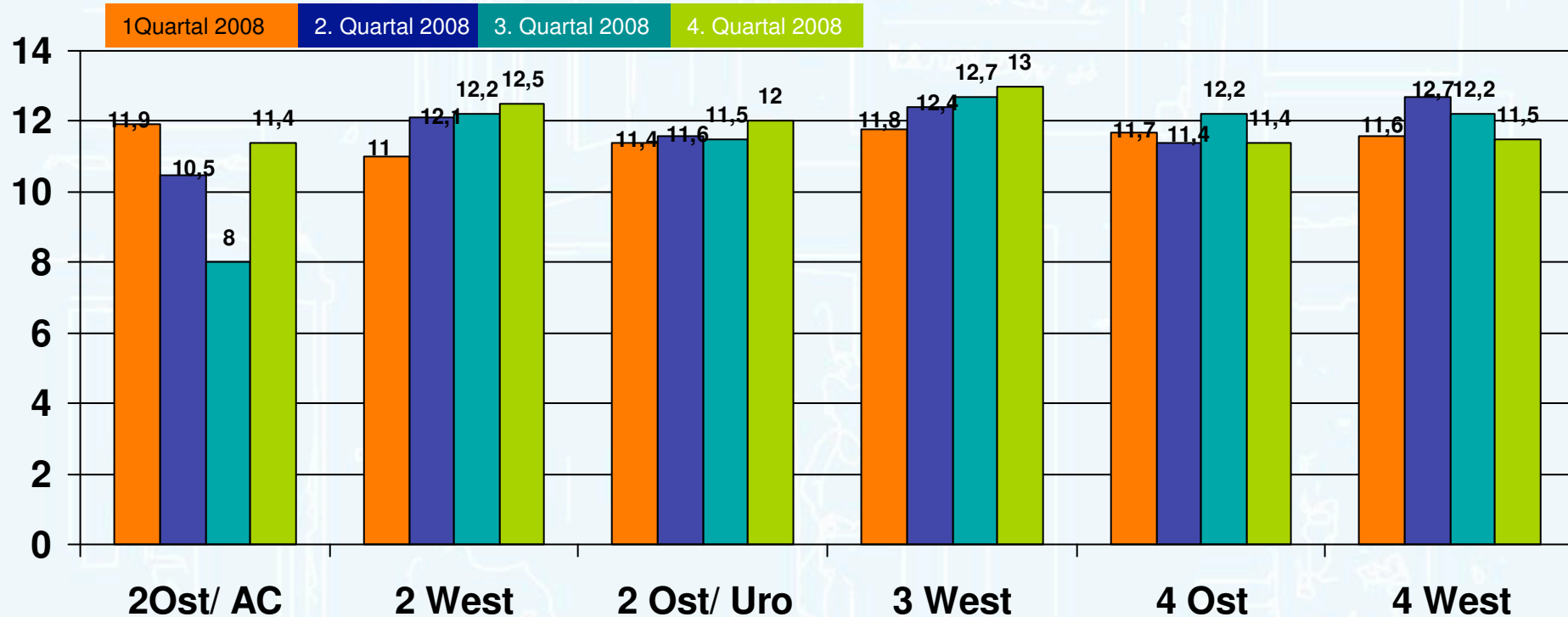
Ja / Nein



Angaben beziehen sich auf die Antwort „JA“

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



Liebe Kollegen und Kolleginnen!

**Ein schmerzfreier Patient fühlt sich wohl, und
es hilft allen bei der täglichen Arbeit.**

**Unterstützt uns bei der Befragung der
Patienten,**

**nur dann können wir mit einer vernünftigen
Auswertung rechnen,**

und uns in der Schmerztherapie verbessern.

Das Team vom Akutschmerzdienst