

Patientenbefragung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten

Gerne bitten wir Sie, Ihren Gesundheitszustand in diesem Fragebogen zu bewerten. Ihre Angaben zum Zustand vor und nach der Operation helfen uns, unsere Behandlungsqualität laufend zu verbessern. Die Teilnahme ist freiwillig. Sie müssen Ihren Teilnahmeentscheid nicht begründen und können Ihre Teilnahme jederzeit beenden.

Wenn Sie Ihre Kontaktdaten angeben, erlauben Sie uns, diese zu speichern und Ihnen nach der Operation einen zweiten Fragebogen zu schicken.

Wie dürfen wir Sie kontaktieren?

Email

SMS

Brief

Von Klinik auszufüllen

Patientenetikette / Patienten ID

Behandlung an folgendem Gelenk

Bei gleichzeitigem Eingriff auf beiden Seiten (bilateraler Eingriff) bitte zwei Formulare ausfüllen.

Hüfte Knie Schulter

links rechts

Befragung vor oder nach der Operation vor nach

ausgefüllt am (TT/MM/JJJJ)

OP-Datum (TT/MM/JJJJ)

OP-Datum noch nicht bekannt

Bitte kreuzen Sie für die Fragen 1 – 5 das Kästchen an, das Ihre Gesundheit **heute** am besten beschreibt.

1. Beweglichkeit / Mobilität

Ich habe keine Probleme herumzugehen	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	Ich habe mässige Probleme herumzugehen	Ich habe grosse Probleme herumzugehen	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Für sich selbst sorgen

Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	Ich habe mässige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	Ich habe grosse Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	Ich habe mässige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Schmerzen / körperliche Beschwerden

Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Angst / Niedergeschlagenheit

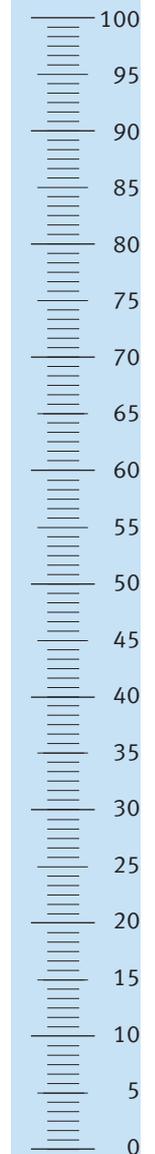
Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Gesundheit generell

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit **heute** ist.
- Sie sehen rechts eine Skala. Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die **beste** Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
 0 (Null) ist die **schlechteste** Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit **heute** am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

Ihre Gesundheit **HEUTE** (0–100) =

**Beste
 Gesundheit,
 die Sie sich
 vorstellen
 können (=100)**



7. Gelenkspezifische Schmerzen

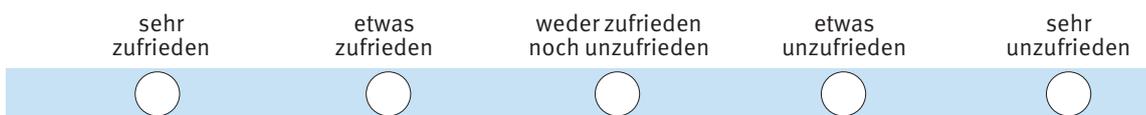
Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die der Intensität der Schmerzen in dem auf Seite 1 genannten Gelenk entspricht. 0 (Null) bedeutet keine Schmerzen und 10 die stärksten vorstellbaren Schmerzen.

Wie stark waren Ihre **gelenkspezifischen** Schmerzen **in der letzten Woche?**



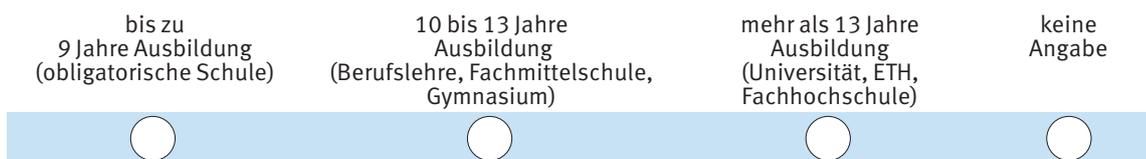
8. Gelenkspezifische Zufriedenheit

Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den **Rest Ihres Lebens** mit den derzeitigen Beschwerden in dem auf Seite 1 genannten Gelenk leben müssten?



9. Angaben zu Ihrem Ausbildungsniveau

(nur einmal bei der Patientenbefragung **vor der Operation** zu beantworten)



**Schlechteste
 Gesundheit,
 die Sie sich
 vorstellen
 können (=0)**