

QUIPS Ergebnis-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nachdem Sie sich zur Teilnahme entschlossen haben, bitten wir Sie nun den Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank.

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre **Schmerzen seit Ihrer Operation**.

1. Wie stark waren Ihre Schmerzen seit der Operation, wenn Sie sich belastet haben, zum Beispiel bei Mobilisierung, Bewegen, Waschen, Husten, Durchatmen?

Kreuzen Sie bitte die Zahl auf der Skala an, die für Ihren Belastungsschmerz zutrifft („0“ bedeutet Schmerzfreiheit und „10“ stärkster vorstellbarer Schmerz).

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

2. Bitte kreuzen Sie hier den stärksten Schmerz an, den Sie seit Ihrer Operation hatten:

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

3. Bitte kreuzen Sie hier den geringsten Schmerz an, den Sie seit Ihrer Operation hatten:

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

Die nächsten vier Fragen beziehen sich darauf, ob bestimmte Tätigkeiten oder Ihre Stimmung seit der Operation **durch den Schmerz beeinträchtigt** sind.

Mit „beeinträchtigt“ ist gemeint: die Tätigkeit ist **unmöglich** oder **nur unter großer Mühe möglich**.

Sind Sie durch die Schmerzen beeinträchtigt:

4. bei Bewegung?

☐ Ja ☐ Nein

5. beim Husten oder tiefen Luftholen?

☐ Ja ☐ Nein

6. beim Schlafen?

☐ Ja ☐ Nein

7. in Ihrer Stimmung?

☐ Ja ☐ Nein

8. Haben Sie sich seit der Operation sehr müde gefühlt?

☐ Ja ☐ Nein

9. Haben Sie seit der Operation unter Übelkeit gelitten?

☐ Ja ☐ Nein

10. Haben Sie seit der Operation unter Schwindel gelitten?

☐ Ja ☐ Nein

11. Wurden Sie über die verschiedenen **Möglichkeiten Ihrer Schmerztherapie** informiert?

☐ Ja ☐ Nein

12. Wurden Sie in dem von Ihnen gewünschten Maß an **Entscheidungen** zu Ihrer **Schmerztherapie beteiligt**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gar nicht					Völlig ausreichend					

13. Hätten Sie sich **MEHR Schmerztherapie** gewünscht, als Sie erhalten haben?

☐ Ja ☐ Nein

14. Bitte kreuzen Sie an, wie **zufrieden** Sie mit dem Ergebnis Ihrer **Schmerztherapie** seit Ihrer Operation sind:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Völlig unzufrieden					Sehr zufrieden					

15. Hatten Sie **ständige Schmerzen**, die **drei Monate oder länger** andauerten, bevor Sie wegen dieser Operation ins Krankenhaus gekommen sind?

☐ Ja ☐ Nein

a. Falls ja, **wie stark** waren diese Schmerzen meistens?

Bitte kreuzen Sie den Wert an, der Ihre Schmerzintensität am besten widerspiegelt.

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

b. Falls ja, **wo** traten diese **ständigen Schmerzen** auf?

- ☐ an der Körperstelle, die operiert wurde
☐ an einer anderen Körperstelle
☐ beides (Operationsstelle und woanders)

16. Bei den folgenden Fragen geht es noch einmal um Schmerzen seit Ihrer Operation. Die Fragen beziehen sich nur auf Schmerzen an der Körperstelle, die operiert wurde.

a. Kann man die Schmerzen wie folgt beschreiben?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Brennend | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie schmerzhaft Kälte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie elektrische Schläge | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

b. Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kribbeln (Ameisenlaufen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Piksen (wie tausend Nadelstiche) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Vom Befragenden auszufüllen:

Patient wurde interviewt:

☐ Ja ☐ Nein