

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.

A horizontal scale from 0 to 10. The numbers 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10 are evenly spaced along the top. Below the scale, the text "Kein Schmerz" is positioned under the number 0, and "Stärkster vorstellbarer Schmerz" is positioned under the number 10.

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 Ja Nein
Wie schmerzhafte Kälte Ja Nein
Wie elektrische Schläge Ja 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