Nach einer Operation

PATIENT:INNEN-TAGEBUCH



© pixabay, Foto: marionbrun

LIV
LANDESINSTITUT FÜR
INTEGRIERTE VERSORGUNG TIROL

Liebe Patient:innen

Nach Ihrer Operation sind eine ausgewogene Ernährung, mentale Gesundheit und regelmäßige körperliche Bewegung besonders wichtig. Sie fördern den Heilungsprozess und verringern das Risiko von Komplikationen. Wir möchten Sie dabei gezielt unterstützen.

Mit Hilfe dieses Tagebuchs möchten wir gemeinsam mit Ihnen Ihren Erholungsprozess verfolgen, dokumentieren und Ihre Fortschritte sichtbar machen.

Wir danken Ihnen herzlich und wünschen Ihnen weiterhin gute Genesung!

Operationstag

Datum _____

Konnten sie heute aufstehen?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn ja:

- ☐ am Bettrand gesessen
- ☐ im Lehnstuhl gesessen
- ☐ am Tisch gesessen
- ☐ im Badezimmer gewesen

Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ☐ ganze Portion
- ☐ ¾ Portion
- ☐ ½ Portion
- ☐ ein paar Bissen

Wie viel haben Sie heute getrunken?

- ☐ 1 Liter
- ☐ 0,5 Liter bis 1 Liter
- ☐ weniger als 0,5 Liter

Menge getrunkener Trinknahrung?

Anzahl Packungen / Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Fühlen Sie sich ausreichend unterstützt? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= sehr unterstützt

überhaupt nicht unterstützt = 10

Operationstag

Datum _____

Ängste / Sorgen

_____
_____
_____
_____

Offene Fragen

_____
_____
_____
_____

Notizen

_____
_____
_____
_____

1.Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten sie heute aufstehen? Ziel:___

- ☐ am Bettrand gesessen
- ☐ im Lehnstuhl gesessen
- ☐ am Tisch gesessen
- ☐ im Badezimmer gewesen
- ☐ auf dem Balkon gesessen
- ☐ Cafeteria besucht
- ☐ Treppen gestiegen
- ☐ im Gang spaziert

Wie Stunden verbrachten Sie außerhalb des Bettes?

_____

Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ☐ ganze Portion
- ☐ ¾ Portion
- ☐ ½ Portion
- ☐ ein paar Bissen

Wie viel haben Sie heute getrunken?

- ☐ 1 Liter
- ☐ 0,5 Liter bis 1 Liter
- ☐ weniger als 0,5 Liter

Menge getrunkener Trinknahrung?

Anzahl Packungen / Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Fühlen Sie sich ausreichend unterstützt? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= sehr unterstützt

überhaupt nicht unterstützt = 10

1.Tag nach der Operation

Datum _____

Ängste / Sorgen

_____
_____
_____
_____

Offene Fragen

_____
_____
_____
_____

Notizen

_____
_____
_____
_____

2.Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten sie heute aufstehen? Ziel: ____

- ☐ am Bettrand gesessen
- ☐ im Lehnstuhl gesessen
- ☐ am Tisch gesessen
- ☐ im Badezimmer gewesen
- ☐ auf dem Balkon gesessen
- ☐ Cafeteria besucht
- ☐ Treppen gestiegen
- ☐ im Gang spaziert

Wie Stunden verbrachten Sie außerhalb des Bettes?

_____

Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ☐ ganze Portion
- ☐ ¾ Portion
- ☐ ½ Portion
- ☐ ein paar Bissen

Wie viel haben Sie heute getrunken?

- ☐ 1 Liter
- ☐ 0,5 Liter bis 1 Liter
- ☐ weniger als 0,5 Liter

Menge getrunkener Trinknahrung?

Anzahl Packungen / Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Fühlen Sie sich ausreichend unterstützt? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= sehr unterstützt

überhaupt nicht unterstützt = 10

2.Tag nach der Operation

Datum _____

Ängste / Sorgen

_____
_____
_____
_____

Offene Fragen

_____
_____
_____
_____

Notizen

_____
_____
_____
_____

3.Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten sie heute aufstehen? Ziel: ____

- ☐ am Bettrand gesessen
- ☐ im Lehnstuhl gesessen
- ☐ am Tisch gesessen
- ☐ im Badezimmer gewesen
- ☐ auf dem Balkon gesessen
- ☐ Cafeteria besucht
- ☐ Treppen gestiegen
- ☐ im Gang spaziert

Wie Stunden verbrachten Sie außerhalb des Bettes?

_____

Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ☐ ganze Portion
- ☐ ¾ Portion
- ☐ ½ Portion
- ☐ ein paar Bissen

Wie viel haben Sie heute getrunken?

- ☐ 1 Liter
- ☐ 0,5 Liter bis 1 Liter
- ☐ weniger als 0,5 Liter

Menge getrunkener Trinknahrung?

Anzahl Packungen / Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Fühlen Sie sich ausreichend unterstützt? Bitte Zutreffendes ankreuzen



0= sehr unterstützt

überhaupt nicht unterstützt = 10

3.Tag nach der Operation

Datum _____

Ängste / Sorgen

_____
_____
_____
_____

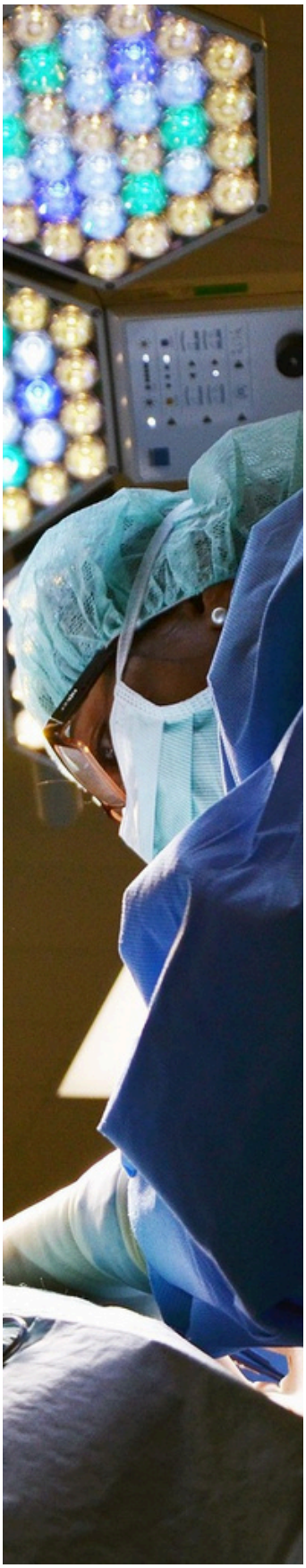
Offene Fragen

_____
_____
_____
_____

Notizen

_____
_____
_____
_____

LIV
LANDESINSTITUT FÜR
INTEGRIERTE VERSORGUNG TIROL



Kontakt

Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck

Tel. +43 50 504 - 27630
E-Mail: op-wartezeiten@liv.at