



AQS1: Qualitätssicherung für ambulante Operationen

- ✓ Kombinierte Dokumentation von Arzt und Patient
- ✓ 1.961.832 analysierte ambulante Operationen
- ✓ Rücklaufquote Patiententeil ca. 43%
- ✓ Bereiche Gynäkologie, Orthopädie und Chirurgie (2/3 der Daten)
- ✓ Spezielle Version für Kinder und Katarakt



AQS1: Qualitätssicherung für ambulante Operationen

3-teilige Dokumentation (Papier oder online)





Ärztliche Dokumentation Operateur

AQS1 Dokumentationsbogen			
Arztteil/Operateur		Interne Nummer:	
Allgemeine Dokumentation		Diagnose (ICD10 - Code)	
Lfd. OP-Nr.:		Hauptdiagnose	
OP-Datum:		Nebendiagnose	
		1. 2. 3. 4.	
		Nebendiagnose Nebendiagnose	
Patientendaten		Geschlecht:	
		Männlich Weiblich	
		Geburtsjahr:	
Komplikationen intraoperativ		Dringlichkeit des Eingriffs	
<input type="checkbox"/> Blutung <input type="checkbox"/> Nervenläsion <input type="checkbox"/> Gewebläsion <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Planbar, elektiv <input type="checkbox"/> Dringlich (binnen 7 Tagen) <input type="checkbox"/> Notfall (binnen 24 Stunden)	
<input type="checkbox"/> Technisch/Instrumentell <input type="checkbox"/> Abbruch der geplanten OP <input type="checkbox"/> Erweiterung der geplanten OP		Wundkontaminationsklasse: <input type="checkbox"/> Aseptisch <input type="checkbox"/> Bedingt aseptisch <input type="checkbox"/> Kontaminiert <input type="checkbox"/> Septisch	
Therapie (OPS-Code)		Second Opinion:	
1. 2. 3. 4.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Studienfeld: (frei verwendbar)		Ärztliche Assistenz: 0 1 2 3 Nichtärztliche Assistenz: 0 1 2 3	
A B C D E F		OP-Aufklärung: <input type="checkbox"/> Am OP-Tag <input type="checkbox"/> Vor dem OP-Tag	
Ungeplante stationäre Aufnahme nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

- ✓ 18 Fragen
- ✓ ICD 10 und OPS-Code
- ✓ Komplikationen während OP
- ✓ Ungeplante Aufnahme Krankenhaus



Ärztliche Dokumentation Anästhesist

Arztteil/Anästhesist		Interne Nummer: <input type="text"/> <input type="text"/>																																																													
Medizinische Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Respirationstrakt <input type="checkbox"/> Erhöhtes Thromboserisiko <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes (behandlungspflichtig) <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Sonstige Stoffwechselstörungen <input type="checkbox"/> Krampfleiden <input type="checkbox"/> Sonstiges		OP-Organisation Einleitungszeit: <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten (bis Beginn Lagerung) OP-Blockierungszeit: <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten (Patient im OP-Saal bis Verlassen des OP-Saales) Schnitt-Naht-Zeit: <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten Zeit im Aufwachraum: <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten																																																													
Untersuchung/Befunde (Labor, EKG etc.) <input type="checkbox"/> Operateur <input type="checkbox"/> Anästhesist <input type="checkbox"/> Zuweisender Arzt/Hausarzt		Perioperative Medikation <table border="0"> <tr> <td>Prä- Intra- Post-OP</td> <td>Prä- Intra- Post-OP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Analgetika</td> <td><input type="checkbox"/> Antibiotika</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antiemetika</td> <td><input type="checkbox"/> Antikoagulantien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antihypertensiva</td> <td><input type="checkbox"/> Anticholinergika</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antihypotensiva</td> <td><input type="checkbox"/> O₂-Insufflation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sedativa</td> <td><input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Infiltration OP-Gebiet)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> <td></td> </tr> </table>		Prä- Intra- Post-OP	Prä- Intra- Post-OP	<input type="checkbox"/> Analgetika	<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> Antikoagulantien	<input type="checkbox"/> Antihypertensiva	<input type="checkbox"/> Anticholinergika	<input type="checkbox"/> Antihypotensiva	<input type="checkbox"/> O ₂ -Insufflation	<input type="checkbox"/> Sedativa	<input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Infiltration OP-Gebiet)	<input type="checkbox"/> Sonstiges																																															
Prä- Intra- Post-OP	Prä- Intra- Post-OP																																																														
<input type="checkbox"/> Analgetika	<input type="checkbox"/> Antibiotika																																																														
<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> Antikoagulantien																																																														
<input type="checkbox"/> Antihypertensiva	<input type="checkbox"/> Anticholinergika																																																														
<input type="checkbox"/> Antihypotensiva	<input type="checkbox"/> O ₂ -Insufflation																																																														
<input type="checkbox"/> Sedativa	<input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Infiltration OP-Gebiet)																																																														
<input type="checkbox"/> Sonstiges																																																															
Aufklärung: <input type="checkbox"/> Am OP-Tag <input type="checkbox"/> Vor dem OP-Tag ASA-Klassifikation: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		Komplikationen intraoperativ* <table border="0"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Herz-Kreislauf</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Medikamente</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Respirationstrakt</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Techn. Probleme</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aspiration</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Sonstiges</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			1	2	3	4		1	2	3	4	Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respirationstrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Techn. Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	1	2	3	4		1	2	3	4																																																						
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Respirationstrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Techn. Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Anästhesiedurchführung Durchführung: <input type="checkbox"/> Anästhesist <input type="checkbox"/> Operateur Ärztliche Assistenz: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nichtärztliche Assistenz: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Beschwerden im Aufwachraum* <table border="0"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Übelkeit</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Kopfschmerzen</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Erbrechen</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Kreislaufprobleme</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wundschmerzen</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Atmung</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muskelschmerzen</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Allerg. Reaktion</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Halsschmerzen</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Harnverhalt</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			1	2	3	4		1	2	3	4	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wundschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allerg. Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harnverhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4		1	2	3	4																																																						
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Wundschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allerg. Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harnverhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Art der Anästhesie <input type="checkbox"/> Intubationsnarkose <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie <input type="checkbox"/> Maskennarkose <input type="checkbox"/> Epiduralanästhesie <input type="checkbox"/> Larynxmaske <input type="checkbox"/> Plexusanästhesie <input type="checkbox"/> Stand by <input type="checkbox"/> Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> iv.-Block <input type="checkbox"/> Nervenblockade <input type="checkbox"/> Sonstiges																																																															

- 18 Fragen
- Risikofaktoren
- OP-Organisation
- Perioperative Medikation
- Komplikationen während OP
- Art der Anästhesie
- Beschwerden im Aufwachraum



Fragebogen Patient

Patientenfragebogen AQS1

Liebe Patientin, lieber Patient! Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Deshalb lassen wir unsere Qualität von unseren Patienten beurteilen. Bitte füllen Sie den Bogen zwei Wochen nach Ihrer Operation vollständig und genau aus. Alle Angaben werden streng anonym erfasst und fließen ausschließlich in eine statistische Gesamtbewertung ein. Helfen Sie bitte mit, durch Ihre Meinung und Rückmeldung die Qualität unserer Operationen weiter zu verbessern. Vielleicht kommt es Ihnen beim nächsten Eingriff schon selbst zugute!

Zählerfelder bitte so ausfüllen, z.B.: Nach der Operation (vorausichtlich) 8 Tage

Sonstige Fragen mit einem Kreuz markieren:

1. Betreuung **2. Krankenversicherung** **3. Wie lange waren Sie arbeitsunfähig?**

Leben Sie alleine? Ja Nein
 Geometrische Krankenkasse Privats Krankenkasse Berufsgenossenschaft Selbstzahler
 Vor der Operation Tage Nach der Operation (vorausichtlich) Tage Bis jetzt nicht absehbar

4. In welchem Arbeitsverhältnis befinden Sie sich zur Zeit?
 Angestellt Selbständig Beamter/in Rentner/in Hausfrau/mann Ausbildung Arbeitslos

5. Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Herz-Kreislauf, Lunge, Fitness) vor der Operation?
 Sehr gut Gut Mittel Schlecht Sehr schlecht

6. Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrem gewohnten Lebensstil beeinträchtigt?
 Gar nicht Gering Mittel Stark Sehr stark

7. Wie sind Sie auf unsere ambulante operierende Einrichtung aufmerksam geworden?
 Vorfelhlung Telefonbuch Übereweisung durch den Arzt Sonstiges
 Internet Branchenbuch Empfehlung (z.B. Freunde, Bekannte)

Bitte bewerten Sie die folgenden Fragen nach Ihrem eigenen persönlichen Empfinden:

Zufriedenheit mit dem Operateur:	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
8. Verständliche Erklärung der Diagnose (Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erklärung der Operation und des Operationsablaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aufklärung über Risiken sowie Vorteile durch den operativen Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Information über die weitere Behandlung nach der Entlassung (z.B. Verbandwechsel, notwendige Medikamente, Krankengymnastik etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zeit für offene Fragen nach der Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zeit für offene Fragen vor der Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit mit dem Narkosearzt	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
14. Aufklärung über Art und Ablauf der Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Aufklärung über Risiken durch die Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie gut konnte Ihnen der Arzt die Angst vor der Narkose nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zeit für offene Fragen zur Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit mit der Praxis, in der Sie operiert wurden:	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
18. Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Organisation und Terminierung am Empfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Erklärung des organisatorischen Ablaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ausstattung der Praxis (Räumlichkeiten/Einrichtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Gesamtbewertung des Eingriffs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

AQS1 Patientenfragebogen

Die folgenden Fragen betreffen den Ablauf am dem Tag Ihrer Operation:

23. Wie lange mussten Sie vom geplanten OP-Termin bis zum OP-Beginn warten? Minuten

24. Waren Sie kurz vor Ihrer Operation ruhig und entspannt? Ja Nein Keine Erinnerung

25. Haben Sie sich nach Ihrer Operation im Aufwachraum gut versorgt gefühlt? Ja Nein Keine Erinnerung

26. Haben Sie die nötige Ruhe während Ihrer Erholungsphase im Aufwachraum? Ja Nein Keine Erinnerung

27. Waren Sie im Aufwachraum ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt? Ja Nein Keine Erinnerung

28. Hatten Sie auf Ihrem Weg nach Hause jemanden zur Begleitung? Ja Nein

29. Wie sind Sie nach Ihrer Operation nach Hause gekommen?
 Privater PKW Krankentransport Öffentliche Verkehrsmittel Taxi Sonstiges

Hatten Sie nach der Operation Beschwerden durch: (bitte markieren Sie das Kästchen, das Ihre Beschwerdeart am besten beschreibt)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Wundschmerzen bis zum 3. Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Wundschmerzen nach dem 3. Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Schwellung über den 5. Tag hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Schwierigkeiten beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Komplikationen / Ereignisse:

41. Entzündung der Wunde: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	42. Thrombose: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	43. Bluterguss/Nachblutung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls Ja, Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Medikamente/Antibiotika <input type="checkbox"/> Spülung <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Operation)	Falls Ja, Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Kompressionsbehandlung (Verband, Strumpf) <input type="checkbox"/> Medikamente (zum Auflösen der Thrombose) <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Operation)	Falls Ja, Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Selbstverband <input type="checkbox"/> Punktion <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Operation)
44. Mussten Sie als Notfall (jungefähr) nach Ihrer Entlassung einen anderen Arzt aufsuchen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	45. Würden Sie nach der Operation von Ihrem Operateur/Narkosearzt angelenen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	46. Hatten Sie die Möglichkeit, den Operateur/Narkosearzt jederzeit zu erreichen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
47. Hatten Sie das Gefühl, zu Hause ausreichend betreut zu sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	48. Waren Sie zu Hause ausreichend mit Medikamenten versorgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	49. Wo sehen Sie den größten Verbesserungsbedarf? (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> Freundlichkeit des Empfangspersonals am OP-Tag <input type="checkbox"/> Betreuung nach der Operation bis zur Entlassung	<input type="checkbox"/> Freundlichkeit des OP-Personals <input type="checkbox"/> Nachsorge (z.B. Verbandwechsel, Wundkontrolle)	<input type="checkbox"/> Beratung und Aufklärung durch den Operateur <input type="checkbox"/> Wartezeiten in der Praxis am Tag der Operation
<input type="checkbox"/> Beratung und Aufklärung durch den Narkosearzt <input type="checkbox"/> Wartezeit für Operationstermin	<input type="checkbox"/> Persönliche Betreuung durch den Operateur <input type="checkbox"/> Sauberkeit und Hygiene in der Praxis, in der Sie operiert wurden	<input type="checkbox"/> Persönliche Betreuung durch den Narkosearzt <input type="checkbox"/> Telefonische Erreichbarkeit der Praxis, in der Sie operiert wurden
50. Würden Sie sich wieder ambulant operieren lassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	51. Würden Sie uns weiterempfehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

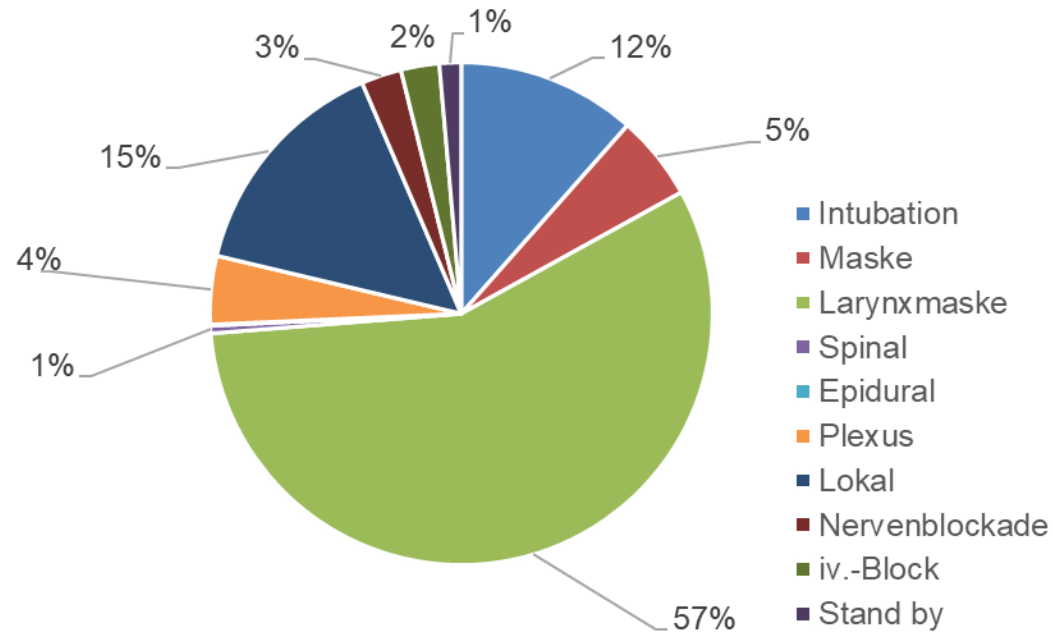
Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

medisches GmbH, Erlaubnis: Nr. 00330 München
Weitere Informationen im Internet unter www.patienten.de

- 51 Fragen über den Behandlungsablauf
- Vor der Operation
- Am Tag der Operation
- Nach der Operation



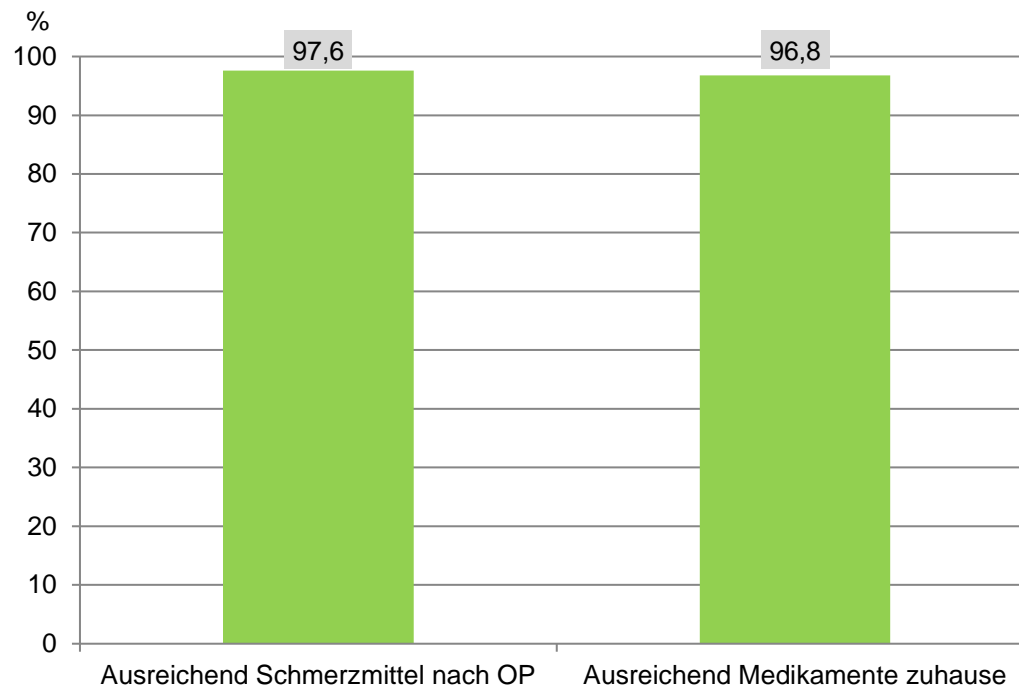
Art der Anästhesie und Häufigkeit



AQS1-Studie (n= 1.961.832)



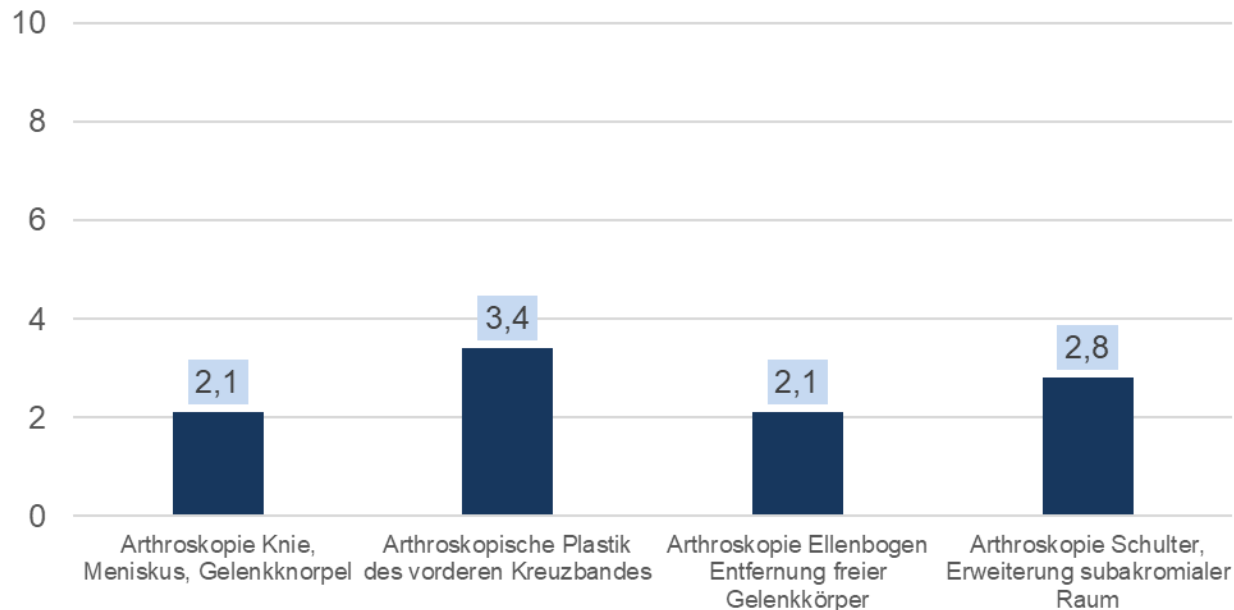
Prozentualer Anteil der Patienten, die nach den 30 häufigsten dokumentierten operativen Prozeduren, zufrieden mit der medikamentösen Versorgung postoperativ und zuhause waren.



AQS1-Studie (n= 354.250 Patientendaten)



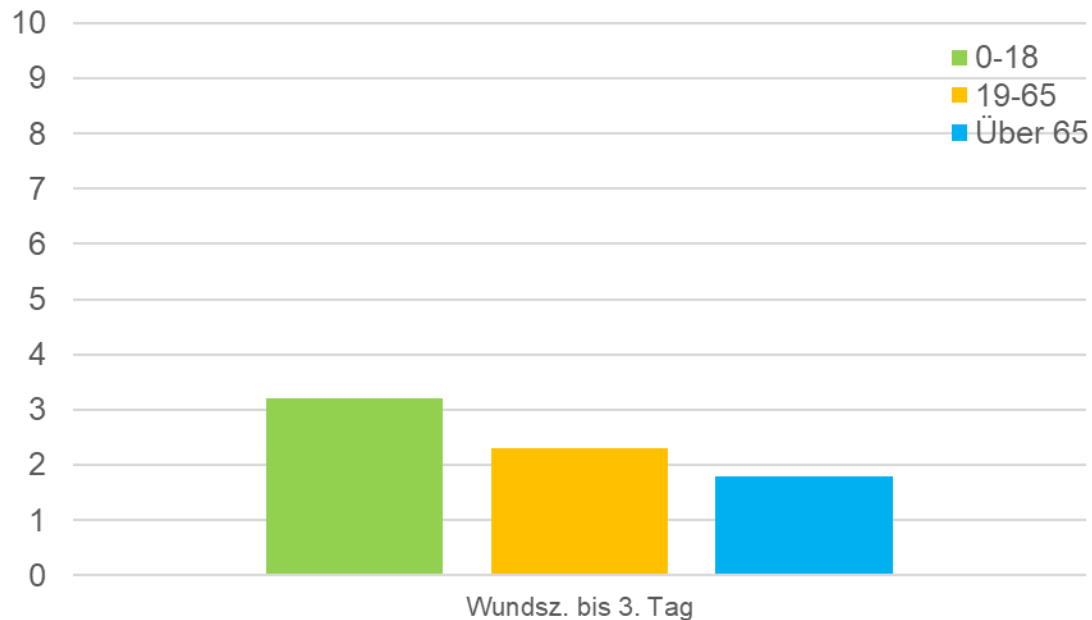
Fachbereich Orthopädie: Wundschmerz bis zum 3. postoperativen Tag bei den am häufigsten dokumentierten orthopädischen operativen Eingriffen (visuelle Analogskala von 0 = kein Schmerz bis 10 = maximaler Schmerz).



AQS1-Studie (n= 90.308 Patientendaten, 4 häufigste Prozeduren)



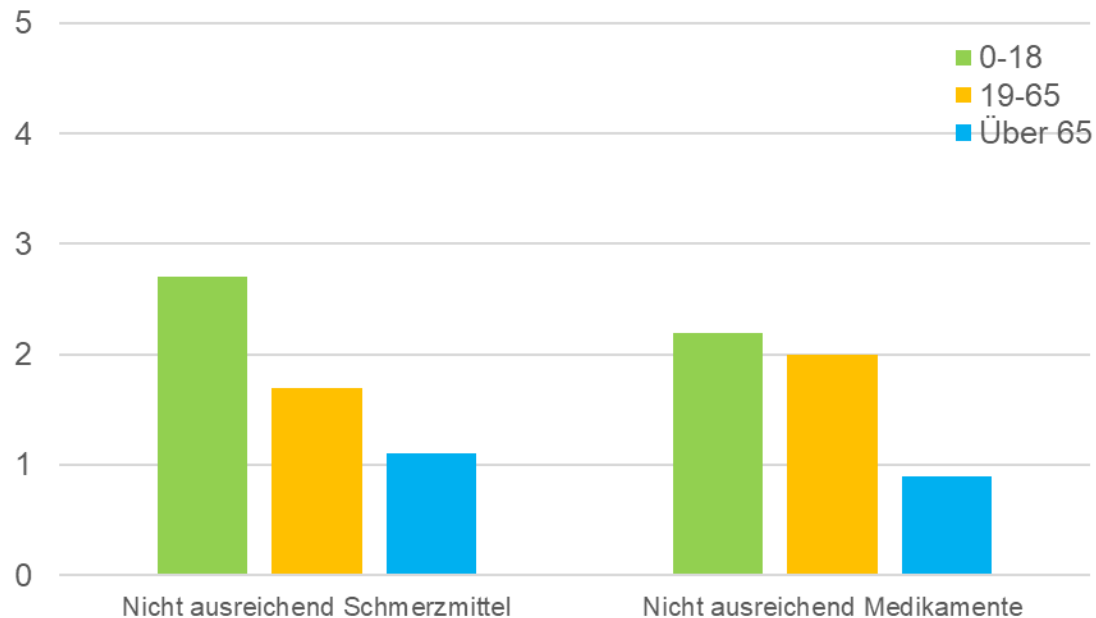
Fachbereich Orthopädie: Mittelwert Wundschmerz bis zum 3. postoperativen Tag (Skala 0= kein Schmerz bis 10 = max. Schmerz), nach Altersgruppen



AQS1-Studie (n= 126.503 Patientendaten, häufigste Prozeduren)



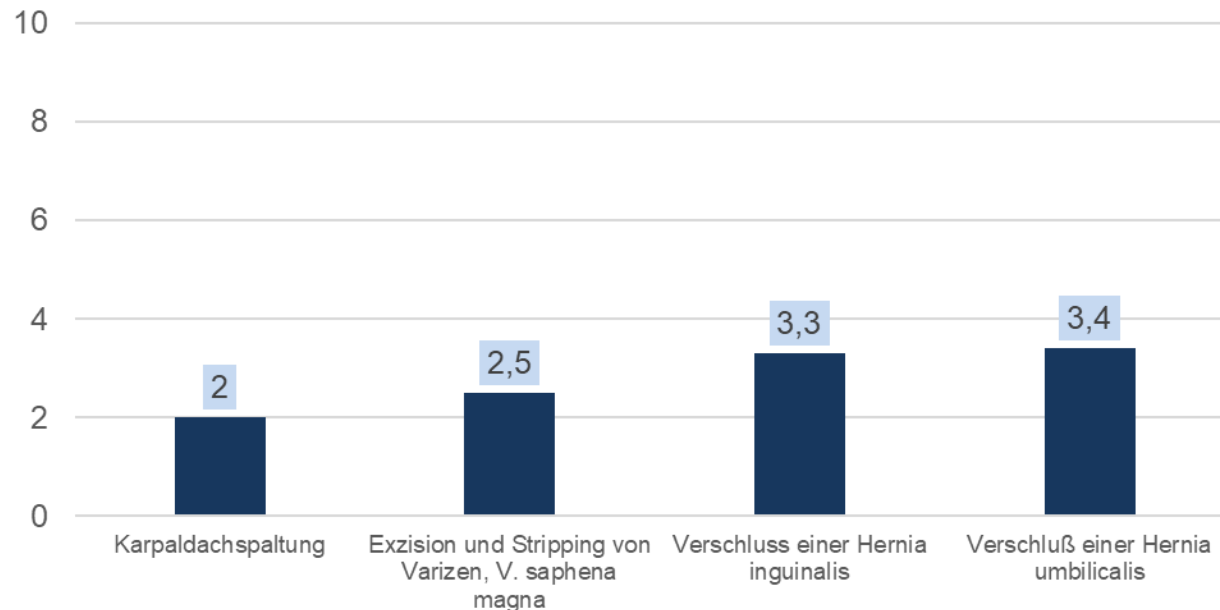
Fachbereich Orthopädie: Anteil Patienten in Prozent, die nicht ausreichend mit Schmerzmitteln / Medikamenten versorgt waren, nach Altersgruppen



AQS1-Studie (n= 126.503 Patientendaten, häufigste Prozeduren)



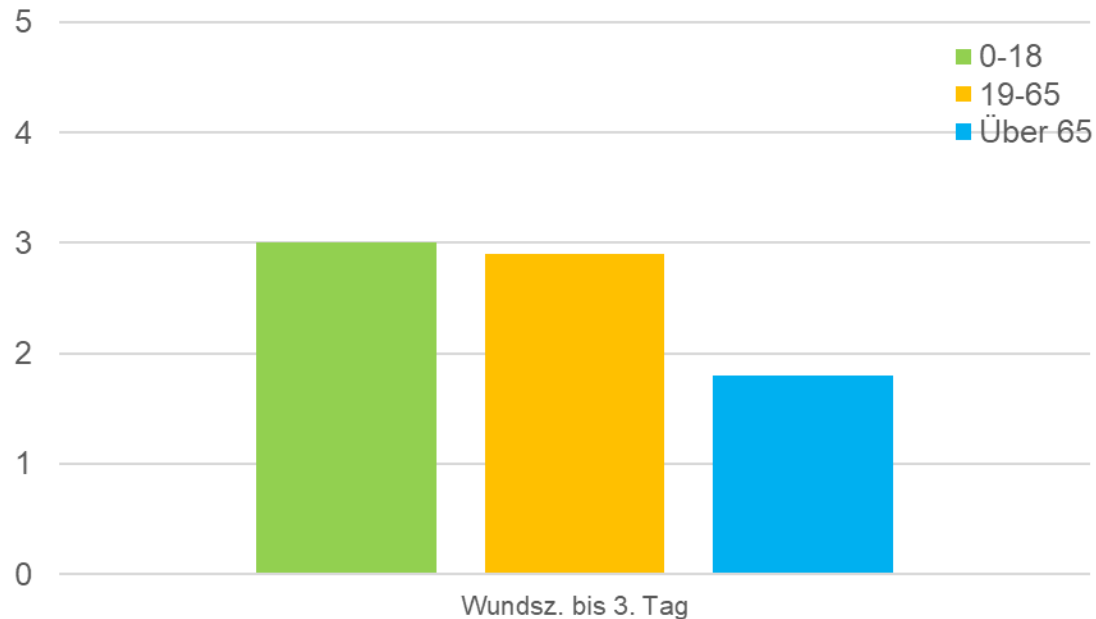
Fachbereich Chirurgie: Wundschmerz bis zum 3. postoperativen Tag bei den am häufigsten dokumentierten operativen Eingriffen (visuelle Analogskala von 0 = kein Schmerz bis 10 = maximaler Schmerz).



AQS1-Studie (n= 126.224 Patientendaten, 4 häufigste Prozeduren)



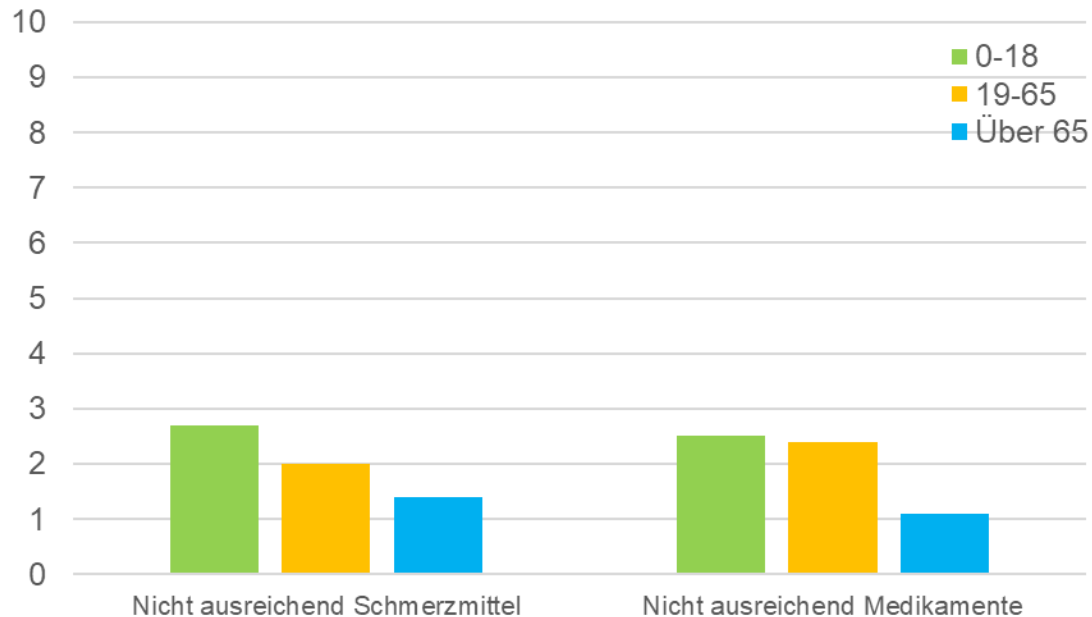
Fachbereich Chirurgie: Mittelwert Wundschmerz bis zum 3. postoperativen Tag (Skala 0= kein Schmerz bis 10 = max. Schmerz), nach Altersgruppen



AQS1-Studie (n= 126.503 Patientendaten, häufigste Prozeduren)



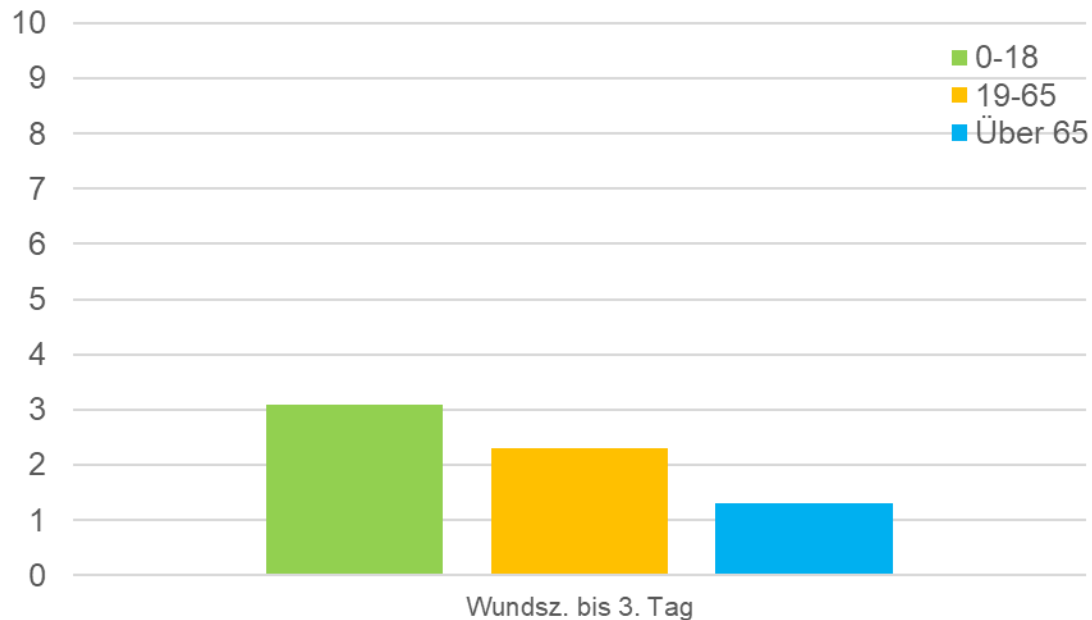
Fachbereich Chirurgie: Anteil Patienten in Prozent, die nicht ausreichend mit Schmerzmitteln / Medikamenten versorgt waren, nach Altersgruppen



AQS1-Studie (n= 73.634 Patientendaten, häufigste Prozeduren)



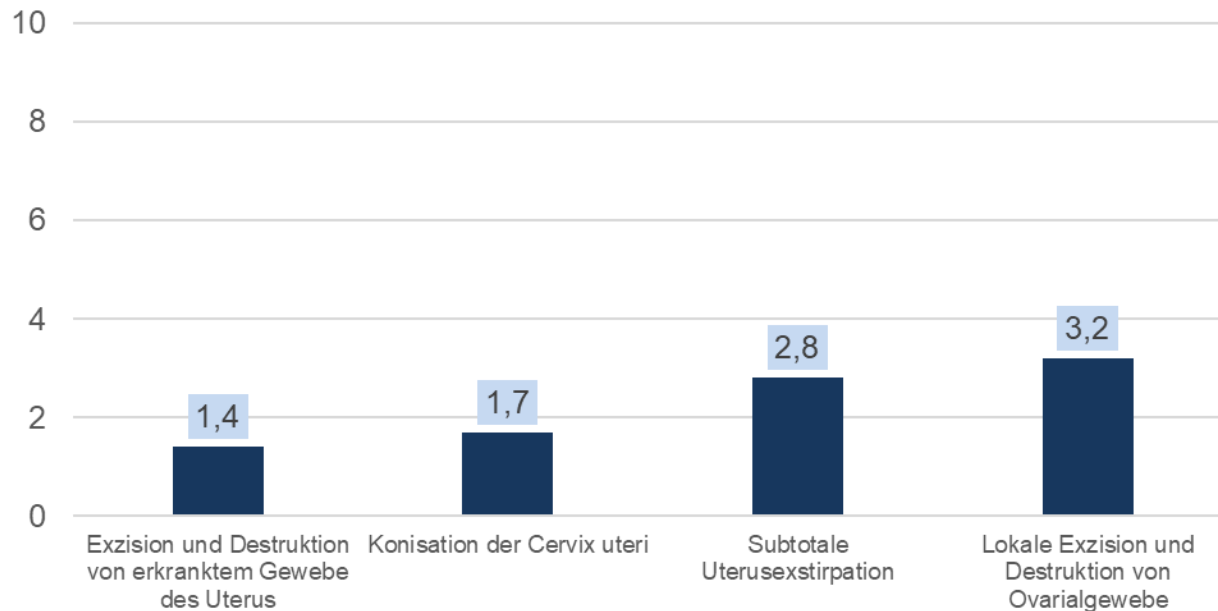
Fachbereich Gynäkologie: Mittelwert Wundschmerz bis zum 3. postoperativen Tag (Skala 0= kein Schmerz bis 10 = max. Schmerz), nach Altersgruppen



AQS1-Studie (n= 65.824 Patientendaten, häufigste Prozeduren)



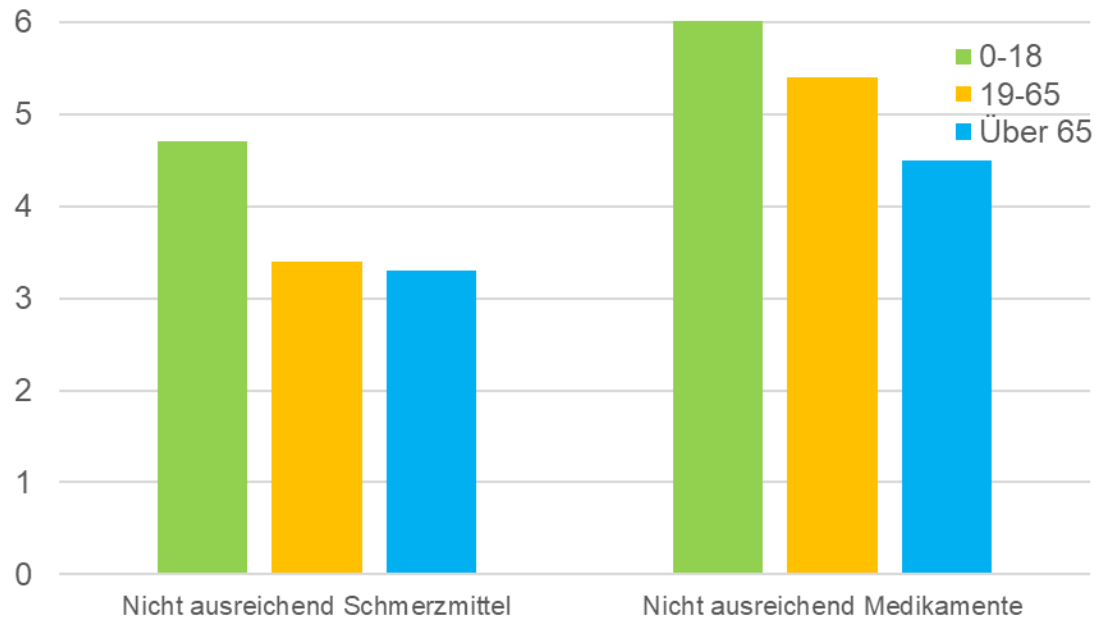
Fachbereich Gynäkologie: Wundschmerz bis zum 3. postoperativen Tag bei den am häufigsten dokumentierten operativen Eingriffen (visuelle Analogskala von 0 = kein Schmerz bis 10 = maximaler Schmerz).



AQS1-Studie (n= 59.379 Patientendaten, 4 häufigste Prozeduren)



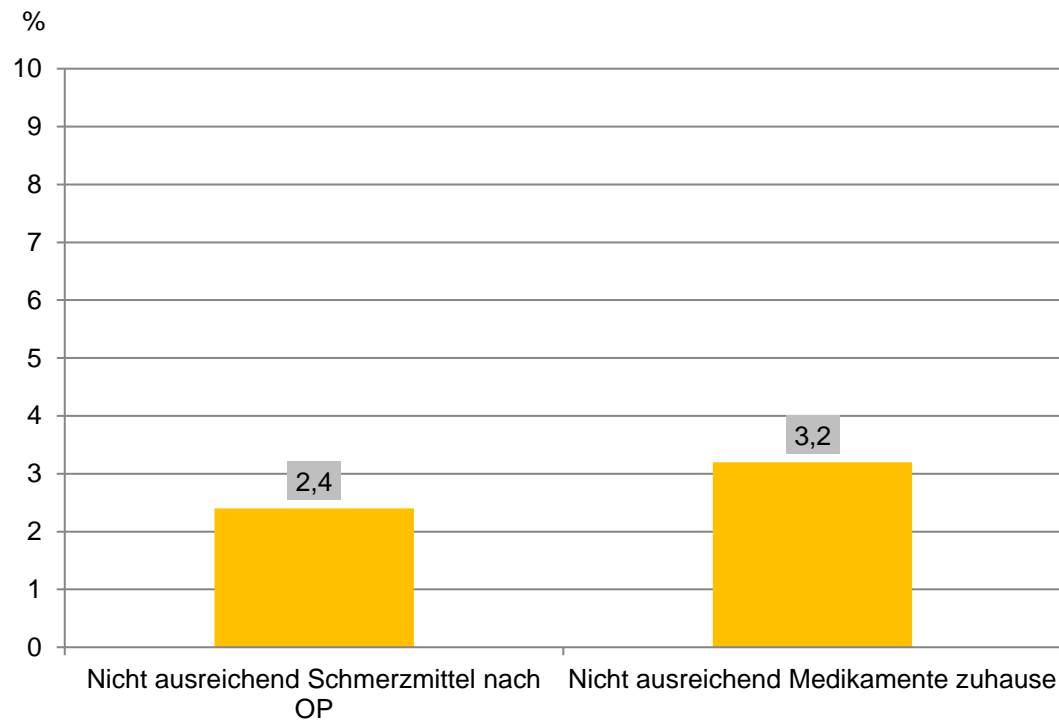
Fachbereich Gynäkologie: Anteil Patientinnen in Prozent, die nicht ausreichend mit Schmerzmitteln / Medikamenten versorgt waren, nach Altersgruppen



AQS1-Studie (n= 65.824 Patientendaten, häufigste Prozeduren)



Fachbereich Gynäkologie: Prozentualer Anteil der Patientinnen, die nach den 30 häufigsten dokumentierten operativen Prozeduren, mit der medikamentösen Versorgung postoperativ und zuhause **nicht** zufrieden waren.



AQS1-Studie (n= 354.250 Patientendaten)