

Fragebogen Qualitätssicherung in der Anästhesie

Fragebogen-Nr.

1.	Wie zufrieden waren Sie mit der durchgeführten Narkose allgemein? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> äußerst
2.	Waren Sie nach dem Eingriff zu schwach, sich im Bett aufzurichten, tief zu atmen, richtig zu schlucken oder zu husten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr schwach
3.	Hatten Sie nach dem Eingriff Luftnot? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark
4.	Hatten Sie nach dem Eingriff Schmerzen im Operationsgebiet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark
5.	Hatten sie Schluck- oder Halsbeschwerden nach dem Eingriff? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> äußerst
6.	Waren sie heiser nach dem Eingriff? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> äußerst
7.	Haben Sie nach dem Eingriff Übelkeit empfunden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr stark
8.	Haben Sie nach dem Eingriff erbrechen müssen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr stark
9.	Haben Sie nach dem Eingriff gefroren oder gezittert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr stark
10.	Hatten Sie nach dem Eingriff ausreichend Schmerzmittel erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja