

Tagebuch der Patientin

Vielen Dank für das Ausfüllen des Tagebuchs.
Bitte geben Sie uns dieses vor Ihrem Austritt zurück.



Schmerztagebuch



Bitte benutzen Sie die Schmerzskala wie oben abgebildet und tragen Sie jeden Tag Ihr Schmerzniveau ein.

Datum Tag/Monat/Jahr	morgens	mittags	abends	nachts

OP-Tag

Datum:

Ich habe gegessen:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Ich habe getrunken:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Tages-Ziel 1: Trinken Sie die verordnete energiereiche Trinknahrung!

- Ich habe Wind abgesetzt: nein ja Mal
- Ich habe Stuhlgang gehabt: nein ja Mal
- Ich habe heute erbrochen: nein ja Mal
- Ich habe Übelkeit gehabt: nein ja Mal

Tages-Ziel 2: Halten Sie sich zwei Stunden ausserhalb des Betts auf.

- Ich war heute insgesamt weniger als 2 Stunden
 - 2 Stunden
 - länger als 2 Stunden
- ausserhalb des Bettes.

Mobilisation war nicht möglich

ERINNERUNG:

Mobilisation = sitzend am Tisch, im Lehnstuhl oder auf der Terrasse.
Alle Aktivitäten außerhalb des Bettes.

Tag 1

Datum:

Ich habe gegessen:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Ich habe getrunken:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Tages-Ziel 1: Trinken Sie die verordnete energiereiche Trinknahrung!

- Ich habe Wind abgesetzt: nein ja Mal
- Ich habe Stuhlgang gehabt: nein ja Mal
- Ich habe heute erbrochen: nein ja Mal
- Ich habe Übelkeit gehabt: nein ja Mal

Tages-Ziel 2: Halten Sie sich **vier bis sechs Stunden** ausserhalb des Betts auf. Sitzen Sie bei den Mahlzeiten am Tisch. Spazieren Sie den Stationskorridor mindestens zwei Mal rauf und runter.

- Ich war heute zu den Mahlzeiten Frühstück Mittag Abendessen ausserhalb des Betts.

- Ich war insgesamt 2 Stunden 4 Stunden 6 Stunden 8 Stunden ausserhalb des Betts.

Anzahl der spazierten Runden auf dem Korridor:

Tag 2

Datum:

(falls Sie noch hospitalisiert sind)

Ich habe gegessen:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Ich habe getrunken:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Tages-Ziel 1: Trinken Sie die verordnete energiereiche Trinknahrung!

- Ich habe Wind abgesetzt: nein ja Mal
- Ich habe Stuhlgang gehabt: nein ja Mal
- Ich habe heute erbrochen: nein ja Mal
- Ich habe Übelkeit gehabt: nein ja Mal

Tages-Ziel 2: Halten Sie sich **sechs bis acht Stunden** ausserhalb des Betts auf. Sitzen Sie bei den Mahlzeiten am Tisch. Spazieren Sie den Stationskorridor mindestens zwei Mal rauf und runter.

- Ich war heute zu den Mahlzeiten Frühstück Mittag Abendessen ausserhalb des Betts.

- Ich war insgesamt 2 Stunden 4 Stunden 6 Stunden 8 Stunden ausserhalb des Betts.

Anzahl der spazierten Runden auf dem Korridor:

Tag 3

(falls Sie noch hospitalisiert sind)

Datum:

Ich habe gegessen:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Ich habe getrunken:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Tages-Ziel 1: Trinken Sie die verordnete energiereiche Trinknahrung!

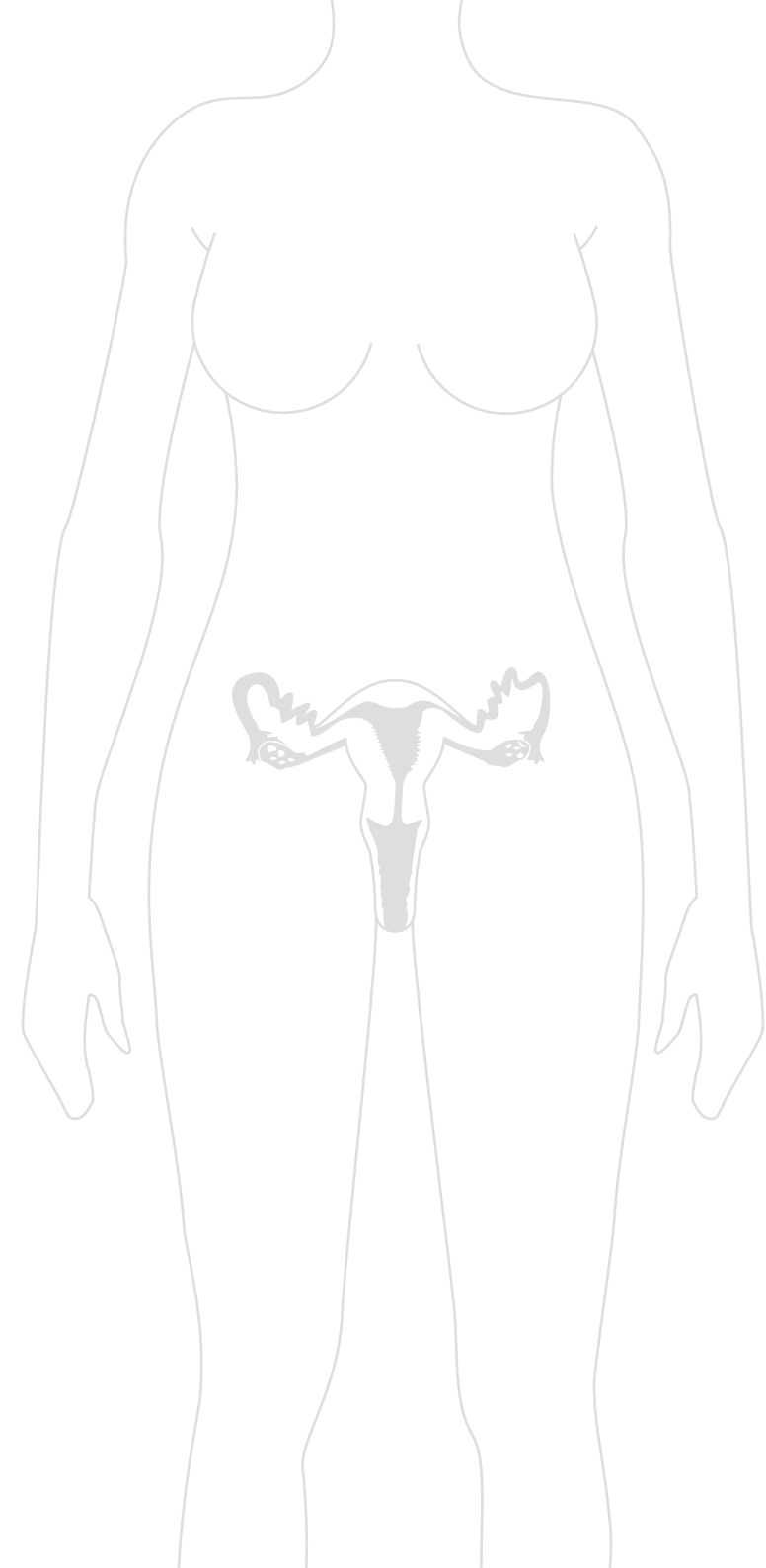
- | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Ich habe Wind abgesetzt: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Mal |
| Ich habe Stuhlgang gehabt: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Mal |
| Ich habe heute erbrochen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Mal |
| Ich habe Übelkeit gehabt: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Mal |

Tages-Ziel 2: Halten Sie sich **acht Stunden** ausserhalb des Betts auf. Sitzen Sie bei den Mahlzeiten am Tisch. Spazieren Sie den Stationskorridor mindestens zwei Mal rauf und runter.

- Ich war heute zu den Mahlzeiten Frühstück
 Mittag
 Abendessen
- ausserhalb des Betts.

- Ich war insgesamt 2 Stunden
 4 Stunden
 6 Stunden
 8 Stunden
- ausserhalb des Betts.

Anzahl der spazierten Runden auf dem Korridor:





Dienst-Oberarzt Frauenklinik

Tel. 032 324 19 18

ERAS®-Nurse

Tel. 032 324 20 90

Spitalzentrum Biel

Vogelsang 84

2501 Biel

Tel. 032 324 24 24

www.spitalzentrum-biel.ch

