

mer

medicalex
Institut für Qualitätssicherungssysteme

AQS 1

Qualitätssicherungssystem für ambulante Operationen

MU

Arztteil/Operator		Interne Nummer:	
Allgemeine Dokumentation		Diagnose (ICD10 - Code)	
Lfd. OP-Nr.: <input type="text"/>		Hauptdiagnose 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
OP-Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Nebendiagnose 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Nebendiagnose Nebendiagnose	
Patientendaten			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich			
Geburtsjahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
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		CDC-Klassifikation Wundkontaminationsklasse: <input type="checkbox"/> Aseptisch <input type="checkbox"/> Bedingt aseptisch <input type="checkbox"/> Kontaminiert <input type="checkbox"/> Septisch	
Therapie (OPS -Code)		Second Opinion:	
1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Primäreingriff: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Histologie entnommen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Diagnose intraop. bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Studienfeld: (frei verwendbar) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F		Ärztliche Assistenz: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Ungeplante stationäre Aufnahme nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Nichtärztliche Assistenz: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
		OP-Aufklärung: <input type="checkbox"/> Am OP-Tag <input type="checkbox"/> Vor dem OP-Tag	

Arztteil/Anästhesist		Interne Nummer:	
Medizinische Risikofaktoren		OP-Organisation	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> Respirationstrakt <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Krampfleiden		Einleitungszeit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten (bis Beginn Lagerung) OP-Blockierungszeit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten (Patient im OP-Saal bis Verlassen des OP-Saals)	
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Erhöhtes Thromboserisiko <input type="checkbox"/> Diabetes (behandlungspflichtig) <input type="checkbox"/> Sonstige Stoffwechselstörungen <input type="checkbox"/> Sonstiges		Schnitt-Naht-Zeit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten Zeit im Aufwachraum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten	
Untersuchung/Befunde (Labor, EKG etc.)		Perioperative Medikation	
<input type="checkbox"/> Operateur <input type="checkbox"/> Zuweisender Arzt/Hausarzt		Prä- Intra- Post-OP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Analgetika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antiemetika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antihypertensiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antihypotensiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sedativa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Anästhesist <input type="checkbox"/> Anästhesist <input type="checkbox"/>		Prä- Intra- Post-OP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antikoagulantien <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anticholinergika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O ₂ -Insufflation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Infiltration OP-Gebiet)	
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			
Anästhesiedurchführung		Komplikationen intraoperativ*	
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		Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respirationsstrakt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Techn. Probleme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	
Art der Anästhesie		Beschwerden im Aufwachraum*	
<input type="checkbox"/> Intubationsnarkose <input type="checkbox"/> Maskennarkose <input type="checkbox"/> Larynxmaske <input type="checkbox"/> Stand by <input type="checkbox"/> iv.-Block		1 2 3 4 Übelkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wundschmerzen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie <input type="checkbox"/> Epiduralanästhesie <input type="checkbox"/> Plexusanästhesie <input type="checkbox"/> Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Nervenblockade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	

* Legende Komplikationen/Beschwerden: 1 = Ohne Bedeutung für Betreuung im AWR, nur geringe Intervention; 2 = Klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, keine Bedeutung für Verlegung auf Station; 3 = Klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, verlängerte Verweilzeit im AWR; 4 = Klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, Verlegung auf Intensiv- oder Wachstation

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 Gesamtauswertung ein. Helfen Sie bitte mit, durch Ihre Meinung und Rückantwort die Qualität unserer Operationen weiter zu verbessern. Vielleicht kommt es Ihnen beim nächsten Eingriff schon selbst zugute!

Zahlenfelder bitte so ausfüllen, z.B.: Nach der Operation (voraussichtlich) Tage

Sonstige Fragen mit einem Kreuz markieren:

1. Betreuung		2. Krankenversicherung		3. Wie lange waren Sie arbeitsunfähig?	
Leben Sie alleine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> Selbstzahler		Vor der Operation <input type="text"/> <input type="text"/> Tage Nach der Operation (voraussichtlich) <input type="text"/> <input type="text"/> Tage <input type="checkbox"/> Bis jetzt nicht absehbar	
4. In welchem Arbeitsverhältnis befinden Sie sich zur Zeit?					
<input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Hausfrau/mann <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Arbeitslos					
5. Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Herz-Kreislauf, Lunge, Fitness) vor der Operation?					
<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht					
6. Wie sehr fühlten Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrem gewohnten Lebensstil beeinträchtigt?					
<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark					
7. Wie sind Sie auf unsere ambulant operierende Einrichtung aufmerksam geworden?					
<input type="checkbox"/> Vorerfahrung <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Überweisung durch den Arzt <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Branchenbuch <input type="checkbox"/> 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. Verbandswechsel, 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	Ja, genug <input type="checkbox"/>	Zu wenig <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>		
13. Zeit für offene Fragen vor der Operation	<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	Ja, genug <input type="checkbox"/>	Zu wenig <input type="checkbox"/>	Keine <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 Terminplanung 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"/>

Die folgenden Fragen betreffen den Ablauf an 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. Hatten 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 Beschwerdestärke am besten beschreibt)

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

Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Komplikationen / Ereignisse:

- | | | |
|--|--|---|
| <p>41. Entzündung der Wunde:
 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls Ja, Behandlung:
 <input type="checkbox"/> Keine
 <input type="checkbox"/> Medikamente/Antibiotika
 <input type="checkbox"/> Spülung
 <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Operation)</p> | <p>42. Thrombose:
 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>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)</p> | <p>43. Bluterguss/Nachblutung:
 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls Ja, Behandlung:
 <input type="checkbox"/> Keine
 <input type="checkbox"/> Salbenverband
 <input type="checkbox"/> Punktion
 <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Operation)</p> |
|--|--|---|

44. Mussten Sie als Notfall (ungeplant) nach Ihrer Entlassung einen anderen Arzt aufsuchen? Ja Nein
45. Wurden Sie nach der Operation von Ihrem Operateur/Narkosearzt angerufen? Ja Nein
46. Hatten Sie die Möglichkeit, den Operateur/Narkosearzt jederzeit zu erreichen? Ja Nein
47. Hatten Sie das Gefühl, zu Hause ausreichend betreut zu sein? Ja Nein
48. Waren Sie zu Hause ausreichend mit Medikamenten versorgt? Ja 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. Verbandswechsel, 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? Ja Nein
51. Würden Sie uns weiterempfehlen? Ja Nein