

# SQS 1

Qualitätssicherungssystem für stationäre Operationen

<b>Arztteil/Operateur</b> <input style="width:150px;" type="text"/>		<b>Interne Nummer:</b> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	
<b>Allg. Dokumentation</b>		<b>Diagnose (ICD10 - Code)</b>	
Lfd. OP-Nr. <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/>	Hauptdiagnose 1. <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/>	Nebendiagnose 2. <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
OP-Datum <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/>	Nebendiagnose 3. <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/>	Nebendiagnose 4. <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/>	
		Geburtsjahr: <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" 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

**Dringlichkeit des Eingriffs**

Planbar, elektiv  
 Dringlich (binnen 7 Tagen)  
 Notfall (binnen 24 Stunden)

**CDC-Klassifikation**

Wundkontaminationsklasse:  
 Aseptisch  
 Bedingt aseptisch  
 Kontaminiert  
 Septisch

**Komplikationen intraoperativ**

<input type="checkbox"/> Blutung	<input type="checkbox"/> Technisch/Instrumentell
<input type="checkbox"/> Nervenläsion	<input type="checkbox"/> Abbruch der geplanten OP
<input type="checkbox"/> Gewebläsion	<input type="checkbox"/> Erweiterung der geplanten OP
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Second Opinion:  Ja  Nein  
 Primäreingriff:  Ja  Nein  
 Histologie entnommen:  Ja  Nein  
 Diagnose intraop. bestätigt:  Ja  Nein

Ärztliche Assistenz:  0  1  2  3  
 Nichtärztliche Assistenz:  0  1  2  3

**Therapie (OPS -Code)**

1.  -    2.  -

3.  -    4.  -

Studienfeld:  A  B  C  D  E  F  
(frei verwendbar)

**OP-Organisation**

Einleitungszeit:   Minuten  
(bis Beginn Lagerung)

OP-Blockierungszeit:   Minuten (Pat. im OP-Saal bis Verlassen des OP-Saals)

Schnitt-Naht-Zeit:   Minuten

Zeit im Aufwachraum:   Minuten

<b>Arztteil/Anästhesist</b>		<b>Interne Nummer:</b> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	
<b>Untersuchung/Befunde (Labor, EKG etc.)</b>		<b>Perioperative Medikation</b>	
<input type="checkbox"/> Zuweisender Arzt/Hausarzt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	Prä- Intra- Post-OP	Prä- Intra- Post-OP
Aufklärung: <input type="checkbox"/> Am OP-Tag <input type="checkbox"/> Vor dem OP-Tag		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Analgetika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antibiotika
ASA-Klassifikation: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antikoagulantien
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antihypertensiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anticholinergika
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antihypotensiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -Insufflation
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sedativa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika <small>(Infiltration OP-Gebiet)</small>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	

**Anästhesiedurchführung**

Durchführung:  Anästhesist  Operateur  
 Ärztliche Assistenz:  Ja  Nein  
 Nichtärztliche Assistenz:  Ja  Nein

**Komplikationen intraoperativ\***

	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"/>

**Art der Anästhesie**

<input type="checkbox"/> Intubationsnarkose	<input type="checkbox"/> Spinalanästhesie
<input type="checkbox"/> Maskennarkose	<input type="checkbox"/> Epiuralanästhesie
<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

**Beschwerden im Aufwachraum\***

	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"/>

\*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. Arbeitsunfähigkeit vor der Operation:   Tage.

Sonstige Fragen mit einem Kreuz markieren:

1. Betreuung	2. Krankenversicherung	3. Wie lange waren Sie arbeitsunfähig?
Sind Sie alleinstehend? <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	Arbeitsunfähigkeit vor der Operation: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Tage Arbeitsunfähigkeit nach der Operation: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Tage

4. In welchem Arbeitsverhältnis befinden Sie sich zur Zeit?

Angestellt  
  Selbständig  
  Beamtin/er  
  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 fühlten Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrem gewohnten Lebensstil beeinträchtigt?

Gar nicht  
  Gering  
  Mittel  
  Stark  
  Sehr stark

7. Wie sind Sie auf uns/unsere Klinik aufmerksam geworden?

Vorerfahrung  
  Telefonbuch  
  Überweisung durch den Arzt  
  Sonstiges  
 Internet  
  Branchenbuch  
  Empfehlung (z.B. Freunde, Bekannte)

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

	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
<b>Wie zufrieden waren Sie mit dem Operateur?</b>					
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. Betreuung nach der Operation bis zur Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 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"/>
13. Zeit für offene Fragen vor der Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. Zeit für offene Fragen nach der Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Wie zufrieden waren Sie mit dem Narkosearzt?</b>					
15. Aufklärung über Art und Ablauf der Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aufklärung über Risiken durch die Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 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"/>
18. Zeit für offene Fragen zur Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Wie zufrieden waren Sie mit der Klinik?</b>					
19. Sauberkeit und Hygiene Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sauberkeit und Hygiene der gesamten Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Qualität des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Einrichtung und technische Ausstattung Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

## Waren Sie mit dem Pflegepersonal auf Station zufrieden?

	Ja, immer	Meistens	Selten	Nie
23. War das Pflegepersonal freundlich und hilfsbereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hatte das Pflegepersonal ein »offenes Ohr« für Ihre Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bekamen Sie die notwendigen Hilfestellungen? (z.B. Erstes Aufstehen, Waschen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Bekamen Sie bei Bedarf ausreichend Schmerzmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wie lange mussten Sie nach Betätigung der Glocke in der Regel auf das Pflegepersonal warten?	<input type="checkbox"/> Gar nicht (< 2 Minuten)	<input type="checkbox"/> Kurz (2-5 Minuten)		
	<input type="checkbox"/> Zu lang (5-10 Minuten)	<input type="checkbox"/> Viel zu lang (> 10 Minuten)		

28. Mit wie vielen Patienten waren Sie in einem Zimmer untergebracht?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> > 2
29. Hatten Sie die notwendige Ruhe auf Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Auf welcher Station waren Sie?	Ja	Tagsüber nicht	Nachts nicht	Überhaupt nicht

## Die folgenden Fragen betreffen den Ablauf an dem Tag Ihrer Operation:

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

32. Waren Sie kurz vor Ihrer Operation ruhig und entspannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
33. Haben Sie sich nach Ihrer Operation im Aufwachraum gut versorgt gefühlt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
34. Hatten Sie die nötige Ruhe während Ihrer Erholungsphase im Aufwachraum?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
35. Waren Sie am Tag der Operation ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## 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	
36. Übelkeit	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
37. Kreislaufprobleme	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
38. Schlafprobleme	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
39. Kopfschmerzen	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
40. Halsschmerzen	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
41. Muskelschmerzen	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
42. Wundschmerzen bis zum 3. Tag	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
43. Wundschmerzen nach dem 3. Tag	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
44. Schwellung über den 5. Tag hinaus	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
45. Schwierigkeiten beim Stuhlgang	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich
46. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	Überhaupt nicht	<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"/>	Unerträglich

## Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Komplikationen:

47. Entzündung der Wunde: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	48. Thrombose: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	49. Bluterguss/Nachblutung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Medikamente/Antibiotika <input type="checkbox"/> Spülung <input type="checkbox"/> Operation notwendig	Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Sonstige	Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Salbenverband <input type="checkbox"/> Punktion <input type="checkbox"/> Operation notwendig

50. Mussten Sie notfallmäßig nach Ihrer Entlassung einen anderen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen?  Ja  Nein

51. Wie lange war Ihr stationärer Aufenthalt?	<input type="text"/> <input type="text"/> Tage
52. Wie empfanden Sie die Dauer Ihres stationären Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> Zu kurz <input type="checkbox"/> Genau richtig <input type="checkbox"/> Zu lang
53. Würden Sie sich wieder von unserem Team operieren lassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
54. Würden Sie die Klinik weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein