

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Alle Fragen beantworten falls kein anderer Vermerk.
- Felder sind komplett auszufüllen.

Fragetypen

- nur 1 Antwort erlaubt
- mehrere Antworten erlaubt
- Pflichtangaben

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname		Amtlicher erster Vorname		Geschlecht	
				m / w	
Strasse			Pat.-Nr. (Klinikintern)		
Land		Postleitzahl		Wohnort	
Sozialversicherungsnr. (AHV)				Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Geburtsnachname		Geburtsort		Geburtsland (wenn nicht CH)	

Angabe empfohlen

Untersuchung / Datum

Seite rechts links

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Monat 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Jahr 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Untersuchungszeitpunkt (nach Eingriff)

- | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> vor Eingriff | <input type="radio"/> 6 Wochen | <input type="radio"/> 1 Jahr | <input type="radio"/> 5 Jahre | <input type="radio"/> 9 Jahre | <input type="radio"/> 13 Jahre |
| <input type="radio"/> (bei Entlassung) | <input type="radio"/> 3 Monate | <input type="radio"/> 2 Jahre | <input type="radio"/> 6 Jahre | <input type="radio"/> 10 Jahre | <input type="radio"/> 14 Jahre |
| | <input type="radio"/> 6 Monate | <input type="radio"/> 3 Jahre | <input type="radio"/> 7 Jahre | <input type="radio"/> 11 Jahre | <input type="radio"/> 15 Jahre |
| | <input type="radio"/> 9 Monate | <input type="radio"/> 4 Jahre | <input type="radio"/> 8 Jahre | <input type="radio"/> 12 Jahre | <input type="radio"/> >15 Jahre..... |
- Spezifizieren Sie (Jahre)*

1 Wie stark waren Ihre Hüftschmerzen in der letzten Woche?

Bitte markieren Sie in der folgenden Zahlenreihe eine Zahl, die der Intensität Ihrer Hüftschmerzen entspricht, wobei „0“ **keine** Schmerzen und „10“ **stärkste** vorstellbare Schmerzen bedeutet.

keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	stärkste Schmerzen, die ich mir vorstellen kann
Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2 Wie stark haben Ihre Hüftbeschwerden Ihre normalen Aufgaben (Arbeit und zu Hause) in der letzten Woche beeinträchtigt?

- gar nicht
- ein wenig
- mässig
- erheblich
- sehr stark

3 Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit Ihren derzeitigen Hüftbeschwerden leben müssten?

- sehr zufrieden
- etwas zufrieden
- weder zufrieden noch unzufrieden
- etwas unzufrieden
- sehr unzufrieden

4 Bitte blicken Sie auf die letzte Woche zurück. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

- sehr gut
- gut
- mittelmässig
- schlecht
- sehr schlecht

5 An wievielen Tagen in den letzten 4 Wochen haben Ihre Hüftbeschwerden Sie gezwungen, Ihre gewohnten Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Freizeitaktivitäten) einzuschränken?

- 0 Tage
- zwischen 1 und 7 Tagen
- zwischen 8 und 14 Tagen
- zwischen 15 und 21 Tagen
- mehr als 21 Tage

Bitte wenden...

6 An wie vielen Tagen **in den letzten 4 Wochen** haben Ihre Hüftbeschwerden Sie **daran gehindert**, zur **Arbeit** zu gehen (Arbeit, Schule, Hausarbeit)?

- 0 Tage
- zwischen 1 und 7 Tagen
- zwischen 8 und 14 Tagen
- zwischen 15 und 21 Tagen
- mehr als 21 Tage

Beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie den Fragebogen NACH der Operation ausfüllen

7a Sind **als Folge der Operation Komplikationen** aufgetreten (wie z.B. Störung der Wund-/Knochenheilung, Verletzung von Nerven/Gefäßen, Infektionen, etc.)?

- nein
- ja → bitte beschreiben Sie diese

7b Wie beeinträchtigt / störend waren diese Komplikationen?

- gar nicht beeinträchtigt / störend
- ein wenig beeinträchtigt / störend
- mässig beeinträchtigt / störend
- erheblich beeinträchtigt / störend
- sehr stark beeinträchtigt / störend

8 Wurden Sie **seit der Operation erneut** an der Hüfte operiert?

- nein
- ja, aber an der anderen Hüfte
- ja, nochmals an derselben Hüfte

9 Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Behandlung Ihrer Hüftbeschwerden an unserer Klinik?

- sehr zufrieden
- etwas zufrieden
- weder zufrieden noch unzufrieden
- etwas unzufrieden
- sehr unzufrieden

10 Wie hat Ihnen die Behandlung Ihrer Hüftbeschwerden (Operation) insgesamt geholfen?

- sehr geholfen
- geholfen
- nur wenig geholfen
- nicht geholfen
- geschadet

Unterschrift: