Praxis für Anästhesiologie

Ambulante Anästhesie • Tauchmedizin

Praxis für Anästhesiologie
Inhaberin: Dr. med. Beate Kuhls
Lübsche Straße 146, 23966 Wismar
Tel.: 03841-644971
Fax.: 03841-644914
praxis@anaesthesie-wismar.de
www.anaesthesie-wismar.de

Version 001
vom 02.10.2018
Verfasser H.K.

Datum: _____

Postnarkotischer Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir arbeiten stetig am Wohlbefinden unserer Patienten und wollen uns kontinuierlich verbessern. Hierzu bitten wir Sie noch um Ihr **anonymes Feedback**. Gerne dürfen Sie **für Freitextanmerkungen die Rückseite benutzen**. Wir bedanken uns herzlichst für das uns entgegengebrachte Vertrauen und wünschen Ihnen von Herzen eine Gute Genesung!

1	Die **Wartezeit auf das Narkose-Gespräch** nach der Anmeldung in der Praxis für Anästhesiologie war ungefähr?	**<10 Min.** ☐	**10-20 Min.** ☐	**20-30 Min.** ☐	**30-40 Min.** ☐	**40-60 Min.** ☐	**>60 Min.** ☐
2	Wie waren für Sie die **Aufklärung und Information** im Narkosegespräch und das Informationsmaterial?	**Sehr gut** ☐	**gut** ☐	**weitgehend genügend** ☐	**ausreichend** ☐	**weitgehend schlecht** ☐	**sehr schlecht** ☐
3	Wie viel **Angst vor der Narkose** hatten Sie nach dem Aufklärungsgespräch?	**keine** ☐	**kaum** ☐	**leicht** ☐	**mäßig** ☐	**stark** ☐	**sehr stark** ☐
	Wie viel **Angst vor Schmerzen** hatten Sie vor der Narkose?	**keine** ☐	**kaum** ☐	**leicht** ☐	**mäßig** ☐	**stark** ☐	**sehr stark** ☐
4	Wurde bei Ihnen eine **Regionalanästhesie** (ggf. zusätzlich zur Vollnarkose) durchgeführt?	**Nein** ☐	**Ja** ☐				
	Wenn ja, wie waren Sie mit der **Regionalanästhesie** insgesamt zufrieden?	**Sehr gut** ☐	**gut** ☐	**weitgehend genügend** ☐	**ausreichend** ☐	**weitgehend schlecht** ☐	**sehr schlecht** ☐
5	Wie waren Sie mit der **Schmerztherapie** insgesamt zufrieden?	**Sehr gut** ☐	**gut** ☐	**weitgehend genügend** ☐	**ausreichend** ☐	**weitgehend schlecht** ☐	**sehr schlecht** ☐
6	Wie waren Sie mit der **Betreuung** unmittelbar **vor Ihrer Narkose** und danach in unserem **Aufwachraum** zufrieden?	**Sehr gut** ☐	**gut** ☐	**weitgehend genügend** ☐	**ausreichend** ☐	**weitgehend schlecht** ☐	**sehr schlecht** ☐
7	Gab es aus Ihrer Sicht **Beschwerden** nach der Narkose (z.B. starkes Zittern, Frieren, Übelkeit, Halsschmerzen, Heiserkeit oder Schluckbeschwerden)?	**Nein** ☐	**Ja** ☐	Wenn ja, welche?			
8	**Wie fit** haben Sie Sich zum **Entlassungszeitpunkt** gefühlt?	**Sehr gut** ☐	**gut** ☐	**weitgehend genügend** ☐	**ausreichend** ☐	**weitgehend schlecht** ☐	**sehr schlecht** ☐
9	Wie waren Sie mit Ihrer **Narkose** und unserem Team **insgesamt** zufrieden?	**Sehr gut** ☐	**gut** ☐	**weitgehend genügend** ☐	**ausreichend** ☐	**weitgehend schlecht** ☐	**sehr schlecht** ☐
10	**Würden Sie unsere Praxis** für Anästhesiologie an Angehörige oder Freunde **weiterempfehlen**?	**ohne Einschränkung** ☐	**ja** ☐	**schon, mit Einschränkung** ☐	**vielleicht** ☐	**eigentlich nicht** ☐	**niemals** ☐