

Prehabilitation

Patiententagebuch

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Operationsdatum	

So verwenden Sie dieses Tagebuch:

- Bitte füllen Sie das Tagebuch täglich oder möglichst zeitnah aus.
- Dokumentiert werden Bewegung, Atemübungen, Schlaf, Schmerzen sowie die Nutzung des Prehabilitations-Programms.
- Tragen Sie Minuten, Stunden oder eine Zahl auf der angegebenen Skala ein. Bei Unsicherheit genügt eine grobe Schätzung.
- Das Tagebuch dient dazu, Nutzung, Umsetzungsgrad und den subjektiv wahrgenommenen Nutzen des Programms besser zu evaluieren.
- Geben Sie das ausgefüllte Tagebuch bei Eintritt auf der Station ab.

Skalen
Schmerzen / Schlafqualität / Nutzen heute: 0 = gar nicht / sehr schlecht 10 = maximal / sehr gut
Umsetzungsgrad heute: 0 % = nichts umgesetzt 100 % = alles wie geplant umgesetzt

Geben Sie diesen Fragebogen bei Eintritt bitte ausgefüllt an die Pflege auf Ihrer Station ab. Der Fragebogen soll an das Sekretariat Anästhesie z. Hd. Herrn Dr. med. Michel Casanova retourniert werden.

Woche 1

Bitte täglich eine Zeile ausfüllen.

Tag / Datum	Bewegung (Min.)	Übungen (Min.)	Atem-übungen (Min.)	Ernährung 0-10	Trinken 0-10	Schlaf (Stunden)	Schlaf-qualität 0-10	Schmerzen 0-10	Programm genutzt? Ja / Teilw. / Nein	Umsetzungs-grad 0-100 %	Nutzen 0-10	Bemerkung
Mo_____												
Di_____												
Mi_____												
Do_____												
Fr_____												
Sa_____												
So_____												
Wochenrückblick Was ist diese Woche gut gelungen? Was hat geholfen?												
Hindernisse Was hat die Umsetzung erschwert? (z. B. Schmerzen, Müdigkeit, Termine, Unsicherheit)												

Woche 2

Bitte täglich eine Zeile ausfüllen.

Tag / Datum	Bewegung (Min.)	Übungen (Min.)	Atem-übungen (Min.)	Ernährung 0-10	Trinken 0-10	Schlaf (Stunden)	Schlaf-qualität 0-10	Schmerzen 0-10	Programm genutzt? Ja / Teilw. / Nein	Umsetzungs-grad 0-100 %	Nutzen 0-10	Bemerkung
Mo_____												
Di_____												
Mi_____												
Do_____												
Fr_____												
Sa_____												
So_____												
Wochenrückblick Was ist diese Woche gut gelungen? Was hat geholfen?												
Hindernisse Was hat die Umsetzung erschwert? (z. B. Schmerzen, Müdigkeit, Termine, Unsicherheit)												

Woche 3

Bitte täglich eine Zeile ausfüllen.

Tag / Datum	Bewegung (Min.)	Übungen (Min.)	Atem-übungen (Min.)	Ernährung 0-10	Trinken 0-10	Schlaf (Stunden)	Schlaf-qualität 0-10	Schmerzen 0-10	Programm genutzt? Ja / Teilw. / Nein	Umsetzungs-grad 0-100 %	Nutzen 0-10	Bemerkung
Mo_____												
Di_____												
Mi_____												
Do_____												
Fr_____												
Sa_____												
So_____												
Wochenrückblick Was ist diese Woche gut gelungen? Was hat geholfen?												
Hindernisse Was hat die Umsetzung erschwert? (z. B. Schmerzen, Müdigkeit, Termine, Unsicherheit)												

Woche 4

Bitte täglich eine Zeile ausfüllen.

Tag / Datum	Bewegung (Min.)	Übungen (Min.)	Atem-übungen (Min.)	Ernährung 0-10	Trinken 0-10	Schlaf (Stunden)	Schlaf-qualität 0-10	Schmerzen 0-10	Programm genutzt? Ja / Teilw. / Nein	Umsetzungs-grad 0-100 %	Nutzen 0-10	Bemerkung
Mo_____												
Di_____												
Mi_____												
Do_____												
Fr_____												
Sa_____												
So_____												
Wochenrückblick Was ist diese Woche gut gelungen? Was hat geholfen?												
Hindernisse Was hat die Umsetzung erschwert? (z. B. Schmerzen, Müdigkeit, Termine, Unsicherheit)												

Woche 5

Bitte täglich eine Zeile ausfüllen.

Tag / Datum	Bewegung (Min.)	Übungen (Min.)	Atem-übungen (Min.)	Ernährung 0-10	Trinken 0-10	Schlaf (Stunden)	Schlaf-qualität 0-10	Schmerzen 0-10	Programm genutzt? Ja / Teilw. / Nein	Umsetzungs-grad 0-100 %	Nutzen 0-10	Bemerkung
Mo_____												
Di_____												
Mi_____												
Do_____												
Fr_____												
Sa_____												
So_____												
Wochenrückblick Was ist diese Woche gut gelungen? Was hat geholfen?												
Hindernisse Was hat die Umsetzung erschwert? (z. B. Schmerzen, Müdigkeit, Termine, Unsicherheit)												

Woche 6

Bitte täglich eine Zeile ausfüllen.

Tag / Datum	Bewegung (Min.)	Übungen (Min.)	Atem-übungen (Min.)	Ernährung 0-10	Trinken 0-10	Schlaf (Stunden)	Schlaf-qualität 0-10	Schmerzen 0-10	Programm genutzt? Ja / Teilw. / Nein	Umsetzungs-grad 0-100 %	Nutzen 0-10	Bemerkung
Mo_____												
Di_____												
Mi_____												
Do_____												
Fr_____												
Sa_____												
So_____												
Wochenrückblick Was ist diese Woche gut gelungen? Was hat geholfen?												
Hindernisse Was hat die Umsetzung erschwert? (z. B. Schmerzen, Müdigkeit, Termine, Unsicherheit)												