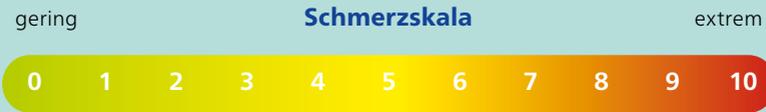


# Tagebuch der Patientin

Vielen Dank für das Ausfüllen des Tagebuchs.  
Bitte geben Sie uns dieses vor Ihrem Austritt zurück.



### Schmerztagebuch



Bitte benutzen Sie die Schmerzskala wie oben abgebildet und tragen Sie jeden Tag Ihr Schmerzniveau ein.

| Datum<br>Tag/Monat/Jahr | morgens | mittags | abends | nachts |
|-------------------------|---------|---------|--------|--------|
|                         |         |         |        |        |
|                         |         |         |        |        |
|                         |         |         |        |        |
|                         |         |         |        |        |
|                         |         |         |        |        |
|                         |         |         |        |        |
|                         |         |         |        |        |
|                         |         |         |        |        |
|                         |         |         |        |        |

### OP-Tag

Datum:

Ich habe gegessen:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Ich habe getrunken:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

**Tages-Ziel 1:** Trinken Sie die verordnete energiereiche Trinknahrung!

- Ich habe Wind abgesetzt:  nein  ja  Mal
- Ich habe Stuhlgang gehabt:  nein  ja  Mal
- Ich habe heute erbrochen:  nein  ja  Mal
- Ich habe Übelkeit gehabt:  nein  ja  Mal

**Tages-Ziel 2:** Halten Sie sich zwei Stunden ausserhalb des Betts auf.

- Ich war heute insgesamt  weniger als 2 Stunden
  - 2 Stunden
  - länger als 2 Stunden
- ausserhalb des Betts.

Mobilisation war nicht möglich

**ERINNERUNG:**

Mobilisation = sitzend am Tisch, im Lehnstuhl oder auf der Terrasse. Alle Aktivitäten außerhalb des Bettes.

**Tag 1**

Datum:

Ich habe gegessen:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Ich habe getrunken:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

**Tages-Ziel 1:** Trinken Sie die verordnete energiereiche Trinknahrung!

- Ich habe Wind abgesetzt:  nein  ja  Mal
- Ich habe Stuhlgang gehabt:  nein  ja  Mal
- Ich habe heute erbrochen:  nein  ja  Mal
- Ich habe Übelkeit gehabt:  nein  ja  Mal

**Tages-Ziel 2:** Halten Sie sich **vier bis sechs Stunden** ausserhalb des Betts auf. Sitzen Sie bei den Mahlzeiten am Tisch. Spazieren Sie den Stationskorridor mindestens zwei Mal rauf und runter.

- Ich war heute zu den Mahlzeiten  Frühstück  Mittag  Abendessen ausserhalb des Betts.

- Ich war insgesamt  2 Stunden  4 Stunden  6 Stunden  8 Stunden ausserhalb des Betts.

Anzahl der spazierten Runden auf dem Korridor:

**Tag 2**

Datum:

(falls Sie noch hospitalisiert sind)

Ich habe gegessen:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Ich habe getrunken:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

**Tages-Ziel 1:** Trinken Sie die verordnete energiereiche Trinknahrung!

- Ich habe Wind abgesetzt:  nein  ja  Mal
- Ich habe Stuhlgang gehabt:  nein  ja  Mal
- Ich habe heute erbrochen:  nein  ja  Mal
- Ich habe Übelkeit gehabt:  nein  ja  Mal

**Tages-Ziel 2:** Halten Sie sich **sechs bis acht Stunden** ausserhalb des Betts auf. Sitzen Sie bei den Mahlzeiten am Tisch. Spazieren Sie den Stationskorridor mindestens zwei Mal rauf und runter.

- Ich war heute zu den Mahlzeiten  Frühstück  Mittag  Abendessen ausserhalb des Betts.

- Ich war insgesamt  2 Stunden  4 Stunden  6 Stunden  8 Stunden ausserhalb des Betts.

Anzahl der spazierten Runden auf dem Korridor:

**Tag 3**

(falls Sie noch hospitalisiert sind)

Datum:

Ich habe gegessen:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

Ich habe getrunken:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- überhaupt nicht

**Tages-Ziel 1:** Trinken Sie die verordnete energiereiche Trinknahrung!

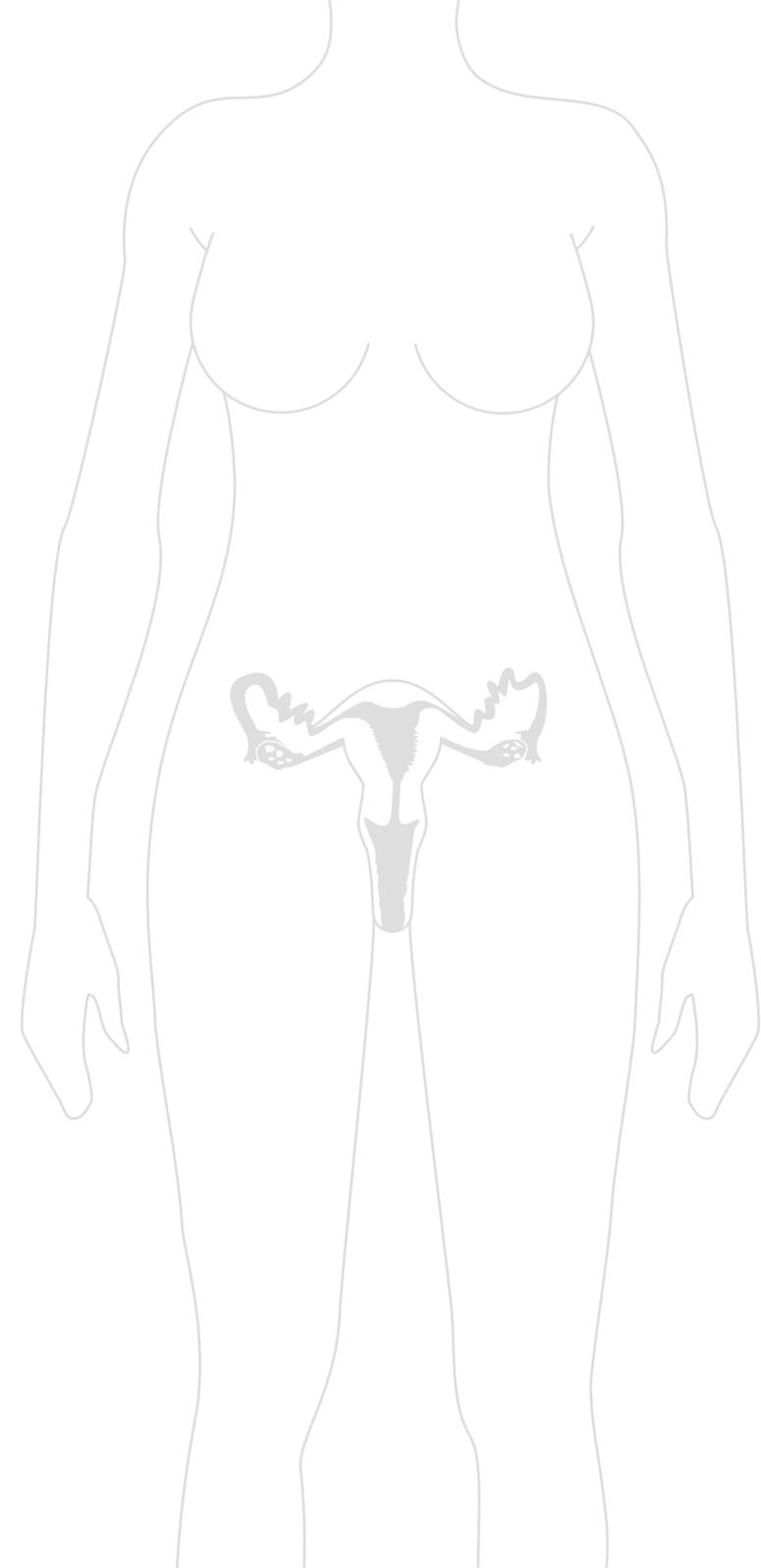
- |                            |                               |                             |                              |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Ich habe Wind abgesetzt:   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Mal |
| Ich habe Stuhlgang gehabt: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Mal |
| Ich habe heute erbrochen:  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Mal |
| Ich habe Übelkeit gehabt:  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Mal |

**Tages-Ziel 2:** Halten Sie sich **acht Stunden** ausserhalb des Betts auf. Sitzen Sie bei den Mahlzeiten am Tisch. Spazieren Sie den Stationskorridor mindestens zwei Mal rauf und runter.

- Ich war heute zu den Mahlzeiten  Frühstück  
 Mittag  
 Abendessen  
 ausserhalb des Betts.

- Ich war insgesamt  2 Stunden  
 4 Stunden  
 6 Stunden  
 8 Stunden  
 ausserhalb des Betts.

Anzahl der spazierten Runden auf dem Korridor:





### Dienst-Oberarzt Frauenklinik

Tel. 032 324 19 18

### ERAS®-Nurse

Tel. 032 324 20 90

### Spitalzentrum Biel

Vogelsang 84

2501 Biel

Tel. 032 324 24 24

[www.spitalzentrum-biel.ch](http://www.spitalzentrum-biel.ch)

