

Qualitätssicherung Akupunktur – Dokumentation Fragebogen für Patienten

Patientenname:

geboren:

Stamm-Nummer:

Datum:	Eingangsbefragung (Eingangserhebung)
--------	---

<p>a) Wie lange haben Sie diese Schmerzen?</p> <p>bis <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 6 – 12 Monate <input type="checkbox"/> 1 – 3 Jahre <input type="checkbox"/> > 3 Jahre</p> <p>b) Wo sind Ihre Schmerzen am stärksten?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Beide Knie</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlung</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Rechtes Knie</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Linkes Knie</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung	<input type="checkbox"/> Beide Knie	<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlung	<input type="checkbox"/> Rechtes Knie		<input type="checkbox"/> Linkes Knie
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung	<input type="checkbox"/> Beide Knie					
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlung	<input type="checkbox"/> Rechtes Knie					
	<input type="checkbox"/> Linkes Knie					

Die Fragen 1 – 4 beziehen sich auf Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen im Durchschnitt. Bitte nur ein Kreuz machen.

<p>1. Wie stark waren diese Schmerzen?</p> <p>☺ Keine Schmerzen stärkster vorstellbarer Schmerz ☹</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>2. Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?</p> <p><input type="checkbox"/> einmal täglich <input type="checkbox"/> mehrfach täglich</p> <p><input type="checkbox"/> einmal wöchentlich <input type="checkbox"/> mehrfach wöchentlich</p> <p><input type="checkbox"/> einmal monatlich <input type="checkbox"/> mehrfach monatlich</p> <p><input type="checkbox"/> seltener, wie oft pro Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dauerschmerz</p>
<p>3. Wie stark waren Sie durch die Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?</p> <p>0 = keine Beeinträchtigung 10 = stärkste vorstellbare Beeinträchtigung</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4. Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?</p> <p>0 = keine Beeinträchtigung 10 = stärkste vorstellbare Beeinträchtigung</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Qualitätssicherung Akupunktur – Dokumentation Fragebogen für Patienten

Patientenname:

geboren:

Stamm-Nummer:

Datum:	Abschlussbefragung (Verlaufserhebung)
--------	--

Alle Fragen beziehen sich auf die Schmerzen wegen derer Sie Akupunktur erhielten.

Wo sind Ihre Schmerzen am stärksten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlung | <input type="checkbox"/> Beide Knie
<input type="checkbox"/> Rechtes Knie
<input type="checkbox"/> Linkes Knie |
|---|--|

Die Fragen 1 – 4 beziehen sich auf Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen im Durchschnitt. Bitte nur ein Kreuz machen.

1. Wie stark waren diese Schmerzen?

☺	Keine Schmerzen	stärkster vorstellbarer Schmerz ☹								

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> einmal täglich | <input type="checkbox"/> mehrfach täglich |
| <input type="checkbox"/> einmal wöchentlich | <input type="checkbox"/> mehrfach wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> einmal monatlich | <input type="checkbox"/> mehrfach monatlich |
| <input type="checkbox"/> seltener, wie oft pro Jahr: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerz | |

3. Wie stark waren Sie durch die Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?

0 = keine Beeinträchtigung		10 = stärkste vorstellbare Beeinträchtigung								

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

0 = keine Beeinträchtigung		10 = stärkste vorstellbare Beeinträchtigung								

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerzbehandlung?

☹ gar nicht		sehr zufrieden ☺								

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10