

*Klinik für
Viszeral- und
Thoraxchirurgie*

PATIENTEN- TAGEBUCH

Nach einer
Leberoperation



Name

Vorname

Jahrgang

Bessere Erholung
bene
nach Eingriff

KSW
Kantonsspital
Winterthur

Liebe Patientin, lieber Patient

Nach Ihrer Operation sind ausreichende Ernährung und körperliche Bewegung wichtig, weil diese den Erholungsprozess beschleunigen und das Risiko von Komplikationen reduzieren. Es ist uns ein Anliegen, Sie dabei gezielt zu unterstützen.

Anhand dieses Tagebuches möchten wir mit Ihnen gemeinsam den Prozess Ihrer Erholung beobachten, dokumentieren und Ihre Fortschritte sichtbar machen.

Bitte geben Sie das Tagebuch beim Austritt der für Sie zuständigen Pflegefachperson ab.

Herzlichen Dank und weiterhin gute Genesung.

Ihr Behandlungsteam der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie
Kantonsspital Winterthur

Operationstag

Datum _____

Konnten Sie heute aufstehen?

- ja
- nein

Wenn ja:

- am Bettrand gegessen
- im Lehnstuhl gegessen
- am Tisch gegessen
- am Lavabo erfrischt

Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ganze Portion
- $\frac{3}{4}$ der Portion
- $\frac{1}{2}$ der Portion
- $\frac{1}{4}$ der Portion oder weniger

Wieviel haben Sie heute getrunken?

- 1 Liter oder mehr
- 0,5 Liter bis 1 Liter
- weniger als 0,5 Liter

Menge getrunkenen Trinknahrung

Anzahl Packungen/Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Mussten Sie heute erbrechen?

- ja
- nein

Haben Sie Windabgang?

- ja
- nein

Spüren Sie Darmtätigkeiten?

- ja
- nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ja
- nein

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

1. Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten Sie heute aufstehen? Ziel: 4 Std.

- am Bettrand gegessen
- im Lehnstuhl gegessen
- am Tisch gegessen
- auf dem Balkon gegessen
- im Korridor spaziert
- Treppen gestiegen
- am Lavabo erfrischt
- geduscht
- Cafeteria besucht
- _____

Wie viele Stunden verbrachten Sie insgesamt ausserhalb des Bettes?

morgens: _____ Stunden
mittags: _____ Stunden
abends: _____ Stunden

Wieviel haben Sie heute getrunken?

- 1,0 Liter oder mehr
- 0,5 Liter bis 1,0 Liter
- weniger als 0,5 Liter

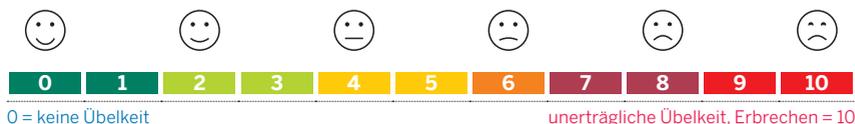
Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ganze Portion
- $\frac{3}{4}$ der Portion
- $\frac{1}{2}$ der Portion
- $\frac{1}{4}$ der Portion oder weniger

Menge getrunkenener Trinknahrung

Anzahl Packungen/Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



Mussten Sie heute erbrechen?

- ja
- nein

Haben Sie Windabgang?

- ja
- nein

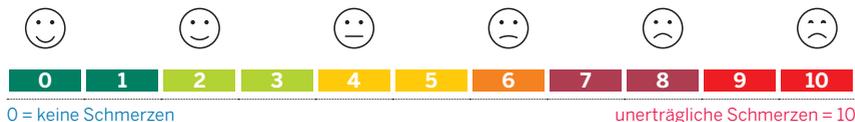
Spüren Sie Darmtätigkeiten?

- ja
- nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ja
- nein

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



2. Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten Sie heute aufstehen? Ziel: 6 std.

- am Bettrand gegessen
- im Lehnstuhl gegessen
- am Tisch gegessen
- auf dem Balkon gegessen
- im Korridor spaziert
- Treppen gestiegen
- am Lavabo erfrischt
- geduscht
- Cafeteria besucht:
- _____

Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ganze Portion
- ¾ der Portion
- ½ der Portion
- ¼ der Portion oder weniger

Wie viele Stunden verbrachten Sie insgesamt ausserhalb des Bettes?

morgens: _____ Stunden
mittags: _____ Stunden
abends: _____ Stunden

Wieviel haben Sie heute getrunken?

- mehr als 2,0 Liter
- zwischen 1,0 Liter und 2,0 Liter
- zwischen 0,5 Liter und 1,0 Liter
- weniger als 0,5 Liter

Menge getrunkenener Trinknahrung

Anzahl Packungen/Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

0 = keine Übelkeit unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Mussten Sie heute erbrechen?

- ja
- nein

Haben Sie Windabgang?

- ja
- nein

Spüren Sie Darmtätigkeiten?

- ja
- nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ja
- nein

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

0 = keine Schmerzen unerträgliche Schmerzen = 10

3. Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten Sie heute aufstehen? Ziel: 6 Std.

- am Bettrand gegessen
- im Lehnstuhl gegessen
- am Tisch gegessen
- auf dem Balkon gegessen
- im Korridor spaziert
- Treppen gestiegen
- am Lavabo erfrischt
- geduscht
- Cafeteria besucht:
- _____

Wie viele Stunden verbrachten Sie insgesamt ausserhalb des Bettes?

morgens: _____ Stunden
mittags: _____ Stunden
abends: _____ Stunden

Wieviel haben Sie heute getrunken?

- mehr als 2,0 Liter
- zwischen 1,0 Liter und 2,0 Liter
- zwischen 0,5 Liter und 1,0 Liter
- weniger als 0,5 Liter

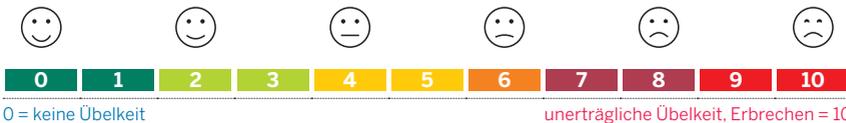
Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ganze Portion
- $\frac{3}{4}$ der Portion
- $\frac{1}{2}$ der Portion
- $\frac{1}{4}$ der Portion oder weniger

Menge getrunkenener Trinknahrung

Anzahl Packungen/Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



Mussten Sie heute erbrechen?

- ja
- nein

Haben Sie Windabgang?

- ja
- nein

Spüren Sie Darmtätigkeiten?

- ja
- nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ja
- nein

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



4. Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten Sie heute aufstehen?

- am Bettrand gegessen
- im Lehnstuhl gegessen
- am Tisch gegessen
- auf dem Balkon gegessen
- im Korridor spaziert
- Treppen gestiegen
- am Lavabo erfrischt
- geduscht
- Cafeteria besucht:
- _____

Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ganze Portion
- $\frac{3}{4}$ der Portion
- $\frac{1}{2}$ der Portion
- $\frac{1}{4}$ der Portion oder weniger

Wie viele Stunden verbrachten Sie insgesamt ausserhalb des Bettes?

morgens: _____ Stunden
mittags: _____ Stunden
abends: _____ Stunden

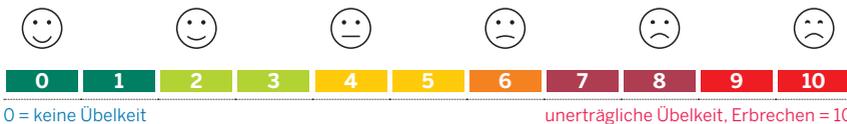
Wieviel haben Sie heute getrunken?

- mehr als 2,0 Liter
- zwischen 1,0 Liter und 2,0 Liter
- zwischen 0,5 Liter und 1,0 Liter
- weniger als 0,5 Liter

Menge getrunkenen Trinknahrung

Anzahl Packungen/Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



Mussten Sie heute erbrechen?

- ja
- nein

Haben Sie Windabgang?

- ja
- nein

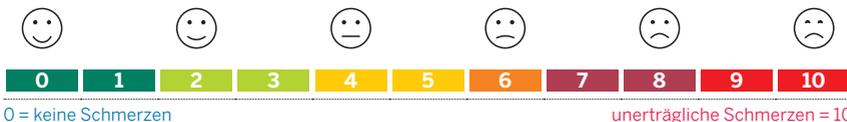
Spüren Sie Darmtätigkeiten?

- ja
- nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ja
- nein

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



5. Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten Sie heute aufstehen?

- am Bettrand gegessen
- im Lehnstuhl gegessen
- am Tisch gegessen
- auf dem Balkon gegessen
- im Korridor spaziert
- Treppen gestiegen
- am Lavabo erfrischt
- geduscht
- Cafeteria besucht:
- _____

Wie viele Stunden verbrachten Sie insgesamt ausserhalb des Bettes?

morgens: _____ Stunden
mittags: _____ Stunden
abends: _____ Stunden

Wieviel haben Sie heute getrunken?

- mehr als 2,0 Liter
- zwischen 1,0 Liter und 2,0 Liter
- zwischen 0,5 Liter und 1,0 Liter
- weniger als 0,5 Liter

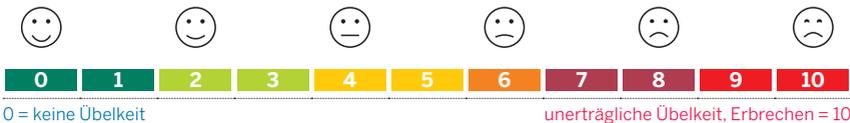
Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ganze Portion
- $\frac{3}{4}$ der Portion
- $\frac{1}{2}$ der Portion
- $\frac{1}{4}$ der Portion oder weniger

Menge getrunkenener Trinknahrung

Anzahl Packungen/Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



Mussten Sie heute erbrechen?

- ja
- nein

Haben Sie Windabgang?

- ja
- nein

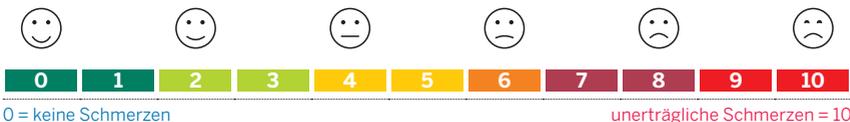
Spüren Sie Darmtätigkeiten?

- ja
- nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ja
- nein

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



6. Tag nach der Operation

Datum _____

Konnten Sie heute aufstehen?

- am Bettrand gegessen
- im Lehnstuhl gegessen
- am Tisch gegessen
- auf dem Balkon gegessen
- im Korridor spaziert
- Treppen gestiegen
- am Lavabo erfrischt
- geduscht
- Cafeteria besucht:
- _____

Wie viel haben Sie heute gegessen?

- ganze Portion
- $\frac{3}{4}$ der Portion
- $\frac{1}{2}$ der Portion
- $\frac{1}{4}$ der Portion oder weniger

Wie viele Stunden verbrachten Sie insgesamt ausserhalb des Bettes?

morgens: _____ Stunden
mittags: _____ Stunden
abends: _____ Stunden

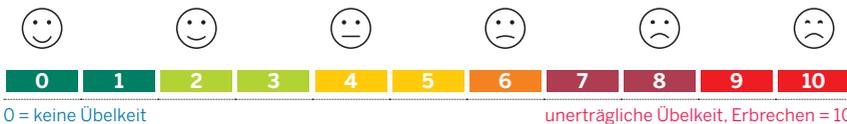
Wieviel haben Sie heute getrunken?

- mehr als 2,0 Liter
- zwischen 1,0 Liter und 2,0 Liter
- zwischen 0,5 Liter und 1,0 Liter
- weniger als 0,5 Liter

Menge getrunkenener Trinknahrung

Anzahl Packungen/Gläser: _____

Leiden Sie an Übelkeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



Mussten Sie heute erbrechen?

- ja
- nein

Haben Sie Windabgang?

- ja
- nein

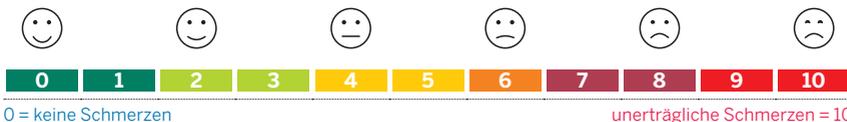
Spüren Sie Darmtätigkeiten?

- ja
- nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ja
- nein

Haben Sie Schmerzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.



**KANTONSPITAL
WINTERTHUR**

Brauerstrasse 15
Postfach
8401 Winterthur
Tel. 052 266 21 21
info@ksw.ch
www.ksw.ch

Kontakt

Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie

Fachverantwortliche Pflege BENE

Ramona Flatz

Tel. direkt 052 266 37 84

Fax 052 266 24 54

bene@ksw.ch
