

POM - Patiententagebuch

Für Operationen an der Lunge und der Thoraxwand

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Tagebuch soll Sie während Ihres Aufenthaltes in unserer Klinik begleiten.

Nach der Operation soll es Ihnen und uns helfen, Ihren körperlichen Zustand wiederzugeben bzw. einzuschätzen. Daher ist es sehr wichtig, dass Sie das Patiententagebuch griffbereit in Ihrer Nähe aufbewahren und **täglich selbstständig ausfüllen**.

Gemeinsam mit Ihnen möchten wir:

- » die bestmögliche Vorbereitung für Ihre Operation erreichen
- » Ihren kompletten Behandlungsweg bei uns planen
- » Ihre frühestmögliche Entlassung zurück in den Alltag anstreben

Dies bedeutet für Sie:

- » schonende Narkoseverfahren
- » Vorbeugung und Behandlung von Übelkeit und Erbrechen
- » optimales Schmerzmanagement
- » frühzeitiges Aufstehen nach der Operation
- » frühzeitiges Essen und Trinken

Hierbei wird Sie unser POM-Team begleiten und das Tagebuch täglich einsehen.

Bitte geben Sie Ihr Patiententagebuch vor Verlassen der Klinik bei einer POM-Pflegekraft oder auf der zuständigen Station ab.

Kontakt:

POM-Pflegekraft: 0231 8787 - 123 und 0231 8787 - 437

Tag der Operation (0)

Datum: _____

Nach der Operation dürfen Sie ohne Einschränkung trinken und ein leichtes Abendessen zu sich nehmen.



Ich habe gegessen:

Ja

Ich habe getrunken:

Ja



Ziel: Trinknahrung oral (Trinkpäckchen)

Anzahl der getrunkenen Trinkpäckchen (pro Päckchen ein Kreuz)



Ziel: 2 Stunden außerhalb des Bettes

Ich stand/saß: nicht 1x kurz 1h 2h über den Flur gelaufen



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meiner **Übelkeit** heute



keine Übelkeit

schlimmste vorstellbare Übelkeit



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes in Ruhe** (z.B. beim Sitzen oder Liegen) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes bei Belastung** (z.B. bei einem Hustenstoß) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen



Ziel: Tägliches Atemtraining

Ich habe heute mit dem Atemtrainer geübt: Ja Nein Nicht erhalten

Anzahl: _____/Tag Dauer pro Übungseinheit: _____/Minuten

Haben Sie heute eine Thrombosespritze erhalten? Ja Nein

1. Tag nach der Operation

Datum: _____

Heute dürfen Sie ohne Einschränkungen trinken und normal essen.



Ich habe gegessen:

- sehr gut (mehr als die Hälfte)
- gut (die Hälfte)
- wenig (weniger als die Hälfte)
- gar nicht

Ich habe getrunken:

- _____ Anzahl Flaschen (0,75 l)
- _____ Anzahl Gläser/Kaffee/Tee (0,2 l)
- wenig
- gar nicht



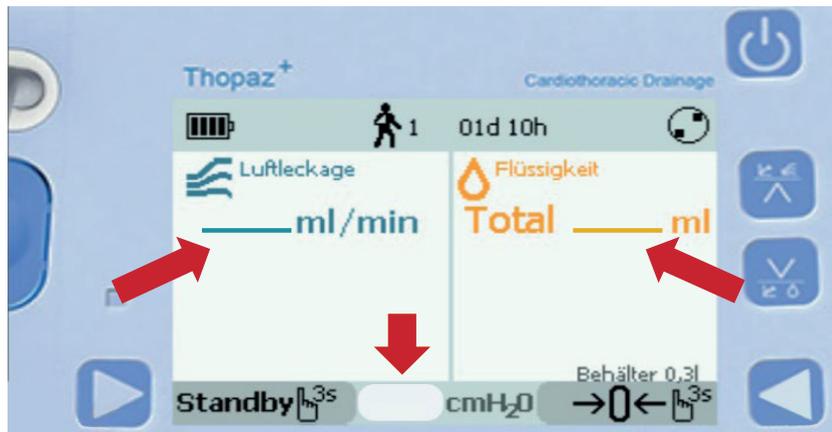
Ziel: Trinknahrung oral (Trinkpäckchen/ Proteinshakes)

Anzahl der getrunkenen Trinkpäckchen (pro Päckchen/Shake ein Kreuz)

Drainage und Atemübungen

Ich habe noch eine Thorax-Drainage: Ja Nein

Das Display zeigt heute folgende Werte:



Ziel: Tägliches Atemtraining

Ich habe heute mit dem Atemtrainer geübt: Ja Nein Nicht erhalten

Anzahl: _____/Tag Dauer pro Übungseinheit: _____/Minuten



Ziel: Tägliches Wiegen

Ich habe mich gewogen: Gewicht: _____ Kg Nein



Ziel: mindestens 6 Stunden außerhalb des Bettes, Essen am Tisch und 2 Runden gehen auf dem Flur

Ich habe mich _____ Stunden außerhalb des Bettes aufgehalten.

Ich bin _____ Runden auf dem Stationsflur gelaufen.



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meiner **Übelkeit** heute



keine Übelkeit

schlimmste vorstellbare Übelkeit



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes in Ruhe** (z.B. beim Sitzen oder Liegen) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes bei Belastung** (z.B. bei einem Hustenstoß) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen

Haben Sie heute eine Thrombosespritze erhalten? Ja Nein

2. Tag nach der Operation

Datum: _____

Heute dürfen Sie ohne Einschränkungen trinken und normal essen.



Ich habe gegessen:

- sehr gut (mehr als die Hälfte)
- gut (die Hälfte)
- wenig (weniger als die Hälfte)
- gar nicht

Ich habe getrunken:

- _____ Anzahl Flaschen (0,75 l)
- _____ Anzahl Gläser/Kaffee/Tee (0,2 l)
- wenig
- gar nicht



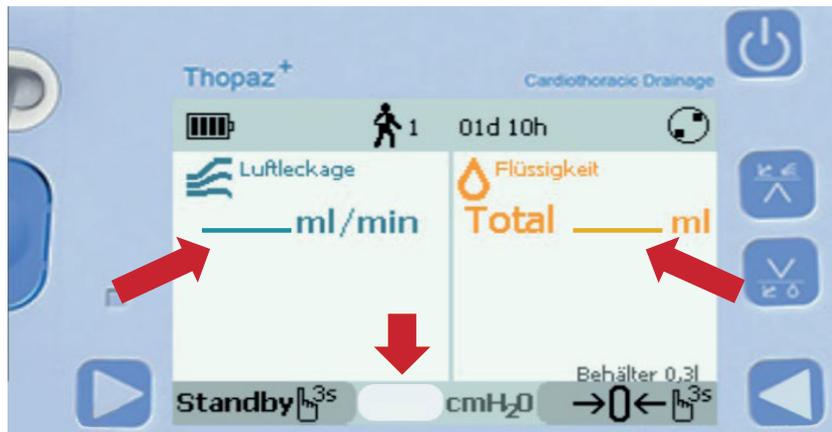
Ziel: Trinknahrung oral (Trinkpäckchen/ Proteinshakes)

Anzahl der getrunkenen Trinkpäckchen (pro Päckchen/Shake ein Kreuz)

Drainage und Atemübungen

Ich habe noch eine Thorax-Drainage: Ja Nein

Das Display zeigt heute folgende Werte:



Ziel: Tägliches Atemtraining

Ich habe heute mit dem Atemtrainer geübt: Ja Nein Nicht erhalten
Anzahl: _____/Tag Dauer pro Übungseinheit: _____/Minuten



Ziel: Tägliches Wiegen

Ich habe mich gewogen: Gewicht: _____ Kg Nein



Ziel: mindestens 6 Stunden außerhalb des Bettes, Essen am Tisch und 2 Runden gehen auf dem Flur

Ich habe mich _____ Stunden außerhalb des Bettes aufgehalten.
Ich bin _____ Runden auf dem Stationsflur gelaufen.



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meiner **Übelkeit** heute



keine Übelkeit

schlimmste vorstellbare Übelkeit



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes in Ruhe** (z.B. beim Sitzen oder Liegen) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes bei Belastung** (z.B. bei einem Hustenstoß) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen

Haben Sie heute eine Thrombosespritze erhalten? Ja Nein

3. Tag nach der Operation

Datum: _____

Heute dürfen Sie ohne Einschränkungen trinken und normal essen.



Ich habe gegessen:

- sehr gut (mehr als die Hälfte)
- gut (die Hälfte)
- wenig (weniger als die Hälfte)
- gar nicht

Ich habe getrunken:

- _____ Anzahl Flaschen (0,75 l)
- _____ Anzahl Gläser/Kaffee/Tee (0,2 l)
- wenig
- gar nicht



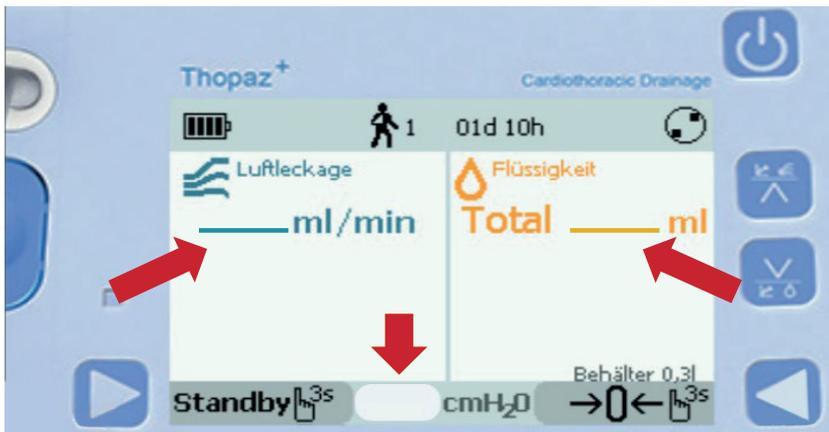
Ziel: Trinknahrung oral (Trinkpäckchen/ Proteinshakes)

Anzahl der getrunkenen Trinkpäckchen (pro Päckchen/Shake ein Kreuz)

Drainage und Atemübungen

Ich habe noch eine Thorax-Drainage: Ja Nein

Das Display zeigt heute folgende Werte:



Ziel: Tägliches Atemtraining

Ich habe heute mit dem Atemtrainer geübt: Ja Nein Nicht erhalten
Anzahl: _____/Tag Dauer pro Übungseinheit: _____/Minuten



Ziel: Tägliches Wiegen

Ich habe mich gewogen: Gewicht: _____ Kg Nein

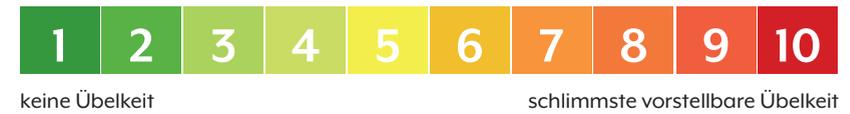


Ziel: mindestens 6 Stunden außerhalb des Bettes, Essen am Tisch und 2 Runden gehen auf dem Flur

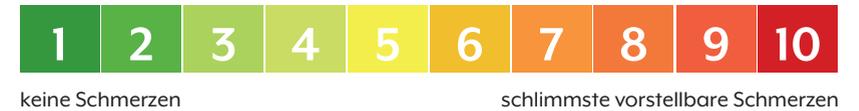
Ich habe mich _____ Stunden außerhalb des Bettes aufgehalten.
Ich bin _____ Runden auf dem Stationsflur gelaufen.



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meiner **Übelkeit** heute



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes in Ruhe** (z.B. beim Sitzen oder Liegen) heute



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes bei Belastung** (z.B. bei einem Hustenstoß) heute



Haben Sie heute eine Thrombosespritze erhalten? Ja Nein

4. Tag nach der Operation

Datum: _____

Heute dürfen Sie ohne Einschränkungen trinken und normal essen.



Ich habe gegessen:

- sehr gut (mehr als die Hälfte)
- gut (die Hälfte)
- wenig (weniger als die Hälfte)
- gar nicht

Ich habe getrunken:

- _____ Anzahl Flaschen (0,75 l)
- _____ Anzahl Gläser/Kaffee/Tee (0,2 l)
- wenig
- gar nicht



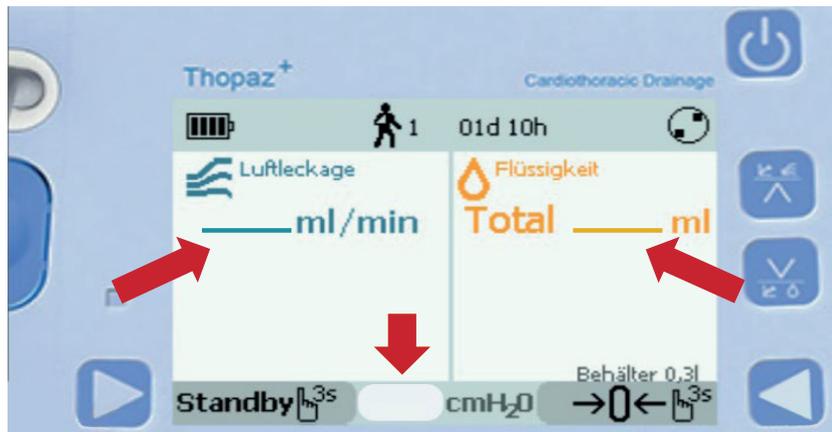
Ziel: Trinknahrung oral (Trinkpäckchen/ Proteinshakes)

Anzahl der getrunkenen Trinkpäckchen (pro Päckchen/Shake ein Kreuz)

Drainage und Atemübungen

Ich habe noch eine Thorax-Drainage: Ja Nein

Das Display zeigt heute folgende Werte:



Ziel: Tägliches Atemtraining

Ich habe heute mit dem Atemtrainer geübt: Ja Nein Nicht erhalten

Anzahl: _____/Tag Dauer pro Übungseinheit: _____/Minuten



Ziel: Tägliches Wiegen

Ich habe mich gewogen: Gewicht: _____ Kg Nein



Ziel: mindestens 6 Stunden außerhalb des Bettes, Essen am Tisch und 2 Runden gehen auf dem Flur

Ich habe mich _____ Stunden außerhalb des Bettes aufgehalten.

Ich bin _____ Runden auf dem Stationsflur gelaufen.



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meiner **Übelkeit** heute



keine Übelkeit

schlimmste vorstellbare Übelkeit



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes in Ruhe** (z.B. beim Sitzen oder Liegen) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes bei Belastung** (z.B. bei einem Hustenstoß) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen

Haben Sie heute eine Thrombosespritze erhalten? Ja Nein

5. Tag nach der Operation

Datum: _____

Heute dürfen Sie ohne Einschränkungen trinken und normal essen.



Ich habe gegessen:

- sehr gut (mehr als die Hälfte)
- gut (die Hälfte)
- wenig (weniger als die Hälfte)
- gar nicht

Ich habe getrunken:

- _____ Anzahl Flaschen (0,75 l)
- _____ Anzahl Gläser/Kaffee/Tee (0,2 l)
- wenig
- gar nicht



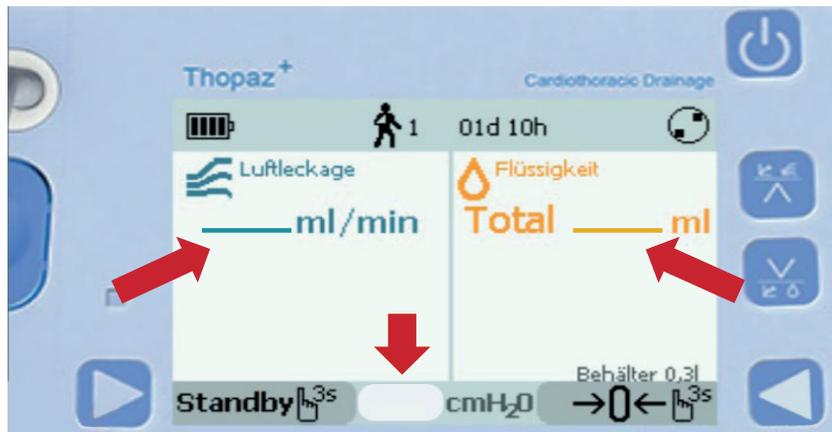
Ziel: Trinknahrung oral (Trinkpäckchen/ Proteinshakes)

Anzahl der getrunkenen Trinkpäckchen (pro Päckchen/Shake ein Kreuz)

Drainage und Atemübungen

Ich habe noch eine Thorax-Drainage: Ja Nein

Das Display zeigt heute folgende Werte:



Ziel: Tägliches Atemtraining

Ich habe heute mit dem Atemtrainer geübt: Ja Nein Nicht erhalten
Anzahl: _____/Tag Dauer pro Übungseinheit: _____/Minuten



Ziel: Tägliches Wiegen

Ich habe mich gewogen: Gewicht: _____ Kg Nein



Ziel: mindestens 6 Stunden außerhalb des Bettes, Essen am Tisch und 2 Runden gehen auf dem Flur

Ich habe mich _____ Stunden außerhalb des Bettes aufgehalten.
Ich bin _____ Runden auf dem Stationsflur gelaufen.



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meiner **Übelkeit** heute



keine Übelkeit

schlimmste vorstellbare Übelkeit



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes in Ruhe** (z.B. beim Sitzen oder Liegen) heute



keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen



Auf einer Skala von 1 bis 10 ist die höchste Stufe meines **Schmerzes bei Belastung** (z.B. bei einem Hustenstoß) heute

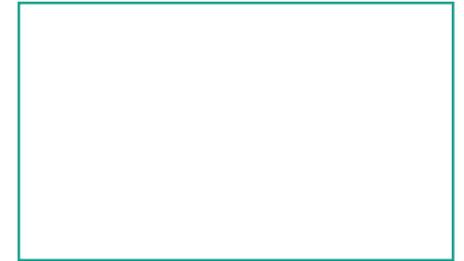


keine Schmerzen

schlimmste vorstellbare Schmerzen

Haben Sie heute eine Thrombosespritze erhalten? Ja Nein

Platz für Ihre Notizen:

A large, empty rectangular box with a thin teal border, intended for the user to write their notes.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Daten/Informationen aus dieser Broschüre durch die Knappschaft Kliniken anonymisiert zu Studienzwecken genutzt werden.

Kontakt

Knappschaft Kliniken Lünen

Klinik für Thoraxchirurgie

Telefon: 0231 8787-671

E-Mail: thoraxchirurgie.luenen@knappschaft-kliniken.de

Diese Broschüre wurde primär von der Charité Berlin, Prof. Dr. med. J. Neudecker, Prof. Dr. med. J.-C. Rückert, Dr. med. T. Dziodzio, A. Elsner sowie B. Steinicke, C. Schweizer und M.-C. Breikreutz erstellt. Wir bedanken uns für die Freigabe zur Nutzung für das POM-Projekt in den Knappschaft Kliniken.

Erstellt vom Geschäftsbereich Marketing & Kommunikation der Knappschaft Kliniken Westfalen GmbH