



Patientenfragebogen zur Behandlungszufriedenheit nach Vasektomie

Nachbefragung 8 Wochen postoperativ

Sehr geehrter Patient,
wir möchten die Qualität unserer Behandlung kontinuierlich verbessern und bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Beantwortung dauert ca. 5 Minuten. Ihre Angaben werden **anonym ausgewertet**. Herzlichen Dank!

A – Allgemeine Angaben

Datum der Operation (Monat/Jahr): _____

B – Aufklärung und Vorbereitung vor dem Eingriff

Bitte bewerten Sie jede Aussage: 1 = stimme gar nicht zu | 5 = stimme vollständig zu

Aussage	1	2	3	4	5
B1. Ich wurde verständlich über den Eingriff informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2. Die Risiken und möglichen Komplikationen wurden mir klar erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3. Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5. Ich fühlte mich vor dem Eingriff gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6. Die schriftlichen Informationsunterlagen waren hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7. Die Wartezeit bis zum Eingriff war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zur Aufklärung/Vorbereitung:

C – Durchführung des Eingriffs

Bitte bewerten Sie jede Aussage: 1 = stimme gar nicht zu | 5 = stimme vollständig zu

Aussage	1	2	3	4	5
C1. Das Team behandelte mich freundlich und respektvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2. Ich wurde während des Eingriffs gut betreut und informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3. Die Lokalanästhesie war ausreichend wirksam (wenig Schmerz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4. Der Eingriff verlief so, wie ich es erwartet hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5. Die Umgebung (Praxis/OP-Raum) wirkte sauber und professionell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6. Die Dauer des Eingriffs war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C7. Schmerzen WÄHREND des Eingriffs (NRS): 0 = kein Schmerz | 10 = stärkster Schmerz

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zur Durchführung:

D – Postoperativer Verlauf (8 Wochen nach dem Eingriff)

Bitte bewerten Sie jede Aussage: 1 = stimme gar nicht zu | 5 = stimme vollständig zu

Aussage	1	2	3	4	5
D1. Die postoperativen Verhaltensempfehlungen waren verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2. Ich konnte die Empfehlungen gut umsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3. Ich war mit der Nachsorge / den Kontrollterminen zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4. Bei Fragen/Problemen konnte ich die Praxis gut erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5. Maximale Schmerzintensität in den ersten 48 Stunden (NRS 0–10):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D6. Aktuelle Schmerzintensität heute – 8 Wochen postoperativ (NRS 0–10):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. Hatten Sie Beschwerden nach dem Eingriff, und wenn ja, wie lange dauerten diese an?

<input type="checkbox"/> Keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> < 3 Tage	<input type="checkbox"/> 3–7 Tage	<input type="checkbox"/> 1–2 Wochen	<input type="checkbox"/> 2–4 Wochen	<input type="checkbox"/> > 4 Wochen / noch anhaltend
--	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

D8. Haben Sie Schmerzmittel eingenommen, und wenn ja, wie oft?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1–2 mal	<input type="checkbox"/> 3–5 mal	<input type="checkbox"/> 6–10 mal	<input type="checkbox"/> > 10 mal	<input type="checkbox"/> Täglich über mehrere Tage
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

D9. Sind Komplikationen aufgetreten? (z.B. Hämatom, Infektion, Schwellung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Falls ja: _____
D10. Mussten Sie wegen Beschwerden nochmals die Praxis/ein Krankenhaus aufsuchen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

Anmerkungen zum postoperativen Verlauf:

E – Gesamtzufriedenheit und Weiterempfehlung

E1. Gesamtzufriedenheit mit dem Behandlungsprozess

1 = sehr unzufrieden | 5 = sehr zufrieden

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2. Würden Sie sich unter gleichen Umständen erneut für eine Vasektomie in unserer Praxis entscheiden?

<input type="checkbox"/> Ja, auf jeden Fall	<input type="checkbox"/> Eher ja	<input type="checkbox"/> Eher nein	<input type="checkbox"/> Nein
---	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

E3. Würden Sie unsere Praxis für diesen Eingriff an Freunde oder Bekannte weiterempfehlen?

<input type="checkbox"/> Ja, auf jeden Fall	<input type="checkbox"/> Eher ja	<input type="checkbox"/> Eher nein	<input type="checkbox"/> Nein
---	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

E4. Abschlussfrage: Hat Ihnen etwas besonders gut gefallen, sollten wir etwas verbessern?

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr wertvolles Feedback!
Alle Angaben werden vertraulich und anonymisiert ausgewertet.