

## Formular für das standardisierte Telefoninterview – V 01.01.2026

1 Monat  90 Tage

Minimum 5 Anrufversuche	1 / /	4 / /	7 / /	10 / /	Interview-Datum: ...../...../.....
	2 / /	5 / /	8 / /	11 / /	
	3 / /	6 / /	9 / /	12 / /	
Name, Vorname des Patienten: .....				Geburtsdatum: ...../...../.....	
CRF-Nummer : .....			Code des Haupteingriffs: ...		
Für die operierten Fälle in der orthopädischen Chirurgie (211, 212), sind nur die blauen Fragen (1, 2, 6 und 7) zu stellen. Für alle anderen Arten von Eingriffen, sind alle Fragen (1 bis 7) zu stellen.					
Auskunft erhalten von:		<input type="checkbox"/> Patientin/Patient		<input type="checkbox"/> Angehöriger oder Pfleger	
Status des Interviews	<input type="checkbox"/> Interview durchgeführt				
	<input type="checkbox"/> Interview verweigert oder nicht durchführbar			<input type="checkbox"/> aus den Augen verloren	
	<input type="checkbox"/> Patient verstorben		<input type="checkbox"/> Andere: .....		
1.	Ihre Erholung nach der Operation vom ..... im Spital/in der Klinik ..... ist wie verlaufen?				
	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> mässig gut	<input type="checkbox"/> nicht sehr gut oder schlecht		
	Kommentare: .....				
2.	Wurden Sie inzwischen erneut hospitalisiert / erneut operiert?				
	<input type="checkbox"/> nein (weiter mit Frage 3. Für die orthopädische Chirurgie, weiter mit Frage 6)				
	<input type="checkbox"/> ja, nämlich :				
	Wo?: .....				
	Wann? : .....				
	Wegen einem Problem im Zusammenhang mit Ihrer Operation? .....				
	.....				
3.	Haben Sie seit Ihrem Spitalaustritt Ihren Hausarzt, den Chirurgen oder den Notfall eines Spitals aufgesucht?				
	<input type="checkbox"/> ja, nämlich :		<input type="checkbox"/> nein (weiter mit Frage 4)		
	Wen, wo und wann? .....				
	Aus welchem Grund?				
	<input type="checkbox"/> nur um die Fäden zum vorgesehenen Zeitpunkt zu entfernen				
	<input type="checkbox"/> zur üblichen Nachkontrolle				
	<input type="checkbox"/> wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der Operation oder der Wundheilung				
	<input type="checkbox"/> wegen Beschwerden ohne Zusammenhang mit der Operation oder der Wundheilung				
	.....				
	.....				

<b>4.</b>	<b>Hatten Sie seit Ihrem Spitalaustritt Fieber?</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>ja, nämlich</b> : .....°C		<input type="checkbox"/> <b>nein</b> (weiter mit Frage 5)
	<input type="checkbox"/> ohne den Arzt aufzusuchen und wahrscheinlich ohne Zusammenhang mit meiner Operation <input type="checkbox"/> wahrscheinlich im Zusammenhang mit meiner Operation (Schmerzen, Rötung, lokaler Ausfluss), aber ich habe meinen Arzt (noch) nicht aufgesucht <input type="checkbox"/> laut meinem Arzt ohne Zusammenhang mit meiner Operation <input type="checkbox"/> laut meinem Arzt im Zusammenhang mit meiner Operation		
	Kommentare : ..... ..... .....		
<b>5.</b>	<b>Haben Sie eine Sekretion oder Eiter im Bereich der Operationsnarbe festgestellt oder haben Sie eine Rötung, Überwärmung, Schwellung oder Schmerzen bemerkt, die Ihnen abnormal vorgekommen sind?</b>		
	<b>Rötung</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<b>Überwärmung</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b>	<b>Schwellung</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b>
	<b>Schmerz</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b>		
	<b>Sekretion oder Eiter:</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <b>Falls ja, präzisieren Sie die Art von Ausfluss:</b> .....		
	Beschreibung der klinischen Zeichen: ..... ..... .....		
<b>6.</b>	<b>Haben Sie seit Ihrem Spitalaustritt Antibiotika erhalten?</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>		<input type="checkbox"/> <b>weiss nicht</b>
	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , aber wegen Beschwerden ohne Zusammenhang mit meiner Operation		
	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , wegen Beschwerden, die <b>sicher</b> oder <b>vielleicht</b> in Zusammenhang mit meiner Operation stehen <b>Wenn ja, nämlich:</b> .....		
	Kommentare : ..... ..... .....		
<b>7.</b>	<b>Sind Sie einverstanden, wenn wir Ihren Arzt kontaktieren?</b>		<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
			<input type="checkbox"/> <b>nein</b>

*Dieses Formular mindestens 5 Jahre lang aufbewahren (auf Papier oder elektronisch)*