

**Handhabung und Ergebnisse der perioperativen Betreuung europäischer Patienten mit Diabetes (MOPED): eine prospektive, beobachtende, internationale Kohortenstudie**

**QoR-15 Patientenbefragung**

**Zentrumsnummer:**

**Patientenidentifikationsnummer:** \_\_\_\_\_

**Name Untersucher\*in/Lokal koordinierender Untersucher\*in am Standort:** \_\_\_\_\_

**Datum:**

**Teil A:**

**Wie haben Sie sich während der letzten 24 Stunden gefühlt?**

(0 bis 10; 0= nie [schlecht] und 10= die ganze Zeit [sehr gut])

1.	Ich konnte problemlos durchatmen	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
2.	Ich konnte problemlos essen	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
3.	Ich fühlte mich ausgeruht	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
4.	Ich konnte gut schlafen	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
5.	Ich konnte selbstständig die Toilette benutzen und auf persönliche Hygiene achten	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
6.	Ich konnte mich mit meinen Angehörigen und Freunden gut unterhalten	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
7.	Ich bekam Unterstützung vom ärztlichen Personal oder der Pflege	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
8.	Ich konnte wieder arbeiten bzw. meinen normalen Aktivitäten nachgehen	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
9.	Ich habe mich wohlgeföhlt und hatte das Gefühl, alles unter Kontrolle zu haben	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit
10.	Ich habe mich insgesamt gut geföhlt	Nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Die ganze Zeit

**Teil B:**

**Haben Sie irgendwelche der folgenden Anzeichen in den letzten 24 Stunden verspürt?**

(10 bis 0; 10= nie [sehr gut] und 0= die ganze Zeit [schlecht])

11.	Ich hatte mittelstarke Schmerzen	Nie	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Die ganze Zeit
12.	Ich hatte starke Schmerzen	Nie	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Die ganze Zeit
13.	Mir war übel oder ich musste erbrechen	Nie	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Die ganze Zeit
14.	Ich war innerlich unruhig oder hatte Angst	Nie	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Die ganze Zeit
15.	Ich fühlte mich traurig oder niedergeschlagen	Nie	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Die ganze Zeit

**Bitte zählen Sie die angegebenen Punkte der Patienten zusammen: Gesamt QoR Tag 1 Score: \_ \_ \_**