



Spital Zollikerberg

Ihr persönliches Tagebuch

Gesundheitswelt Zollikerberg



Liebe Patientin, lieber Patient

Nach Ihrer Operation sind eine ausreichende Ernährung und körperliche Bewegung wichtig, weil diese den Erholungsprozess beschleunigen und das Risiko von Komplikationen reduzieren. Gerne möchten wir Sie dabei gezielt unterstützen.

Anhand dieses Tagebuchs möchten wir mit Ihnen gemeinsam den Prozess Ihrer Erholung beobachten, dokumentieren und Ihre Fortschritte sichtbar machen. Nehmen Sie sich am Ende des Tages Zeit, und lassen Sie den Tag noch einmal Revue passieren.

Was hat heute gut funktioniert?

Worauf sind Sie stolz?

Was ist Ihr Ziel für morgen?

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

Herzlichen Dank und weiterhin eine gute Genesung.

Das Team der Klinik für Chirurgie
Spital Zollikerberg

Tag der Operation

Datum _____

Konnten Sie vor der Operation die kohlenhydratreiche Trinknahrung (Nutricia preOp) trinken?

☐ Ja ☐ Nein

Wie viel haben Sie heute getrunken?



< 500 ml

☐

< 1000 ml

☐

< 1500 ml

☐

> 1500 ml

☐

Haben Sie heute Proteindrinks getrunken?

Ihr Ziel: 2 × 60 ml

☐ Ja, ____ Becher à 60 ml ☐ Nein

Konnten Sie heute aufstehen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja ...

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

Haben Sie heute am Spirometer geübt?

Ihr Ziel: ____ ml

☐ Ja, ____ ml erreicht ☐ Nein

1. Tag nach Operation

Gewicht _____

Hatten Sie heute Appetit / Lust zu essen?

- ☐ Guter Appetit (Ich freue mich auf die Mahlzeiten)
- ☐ Mässiger Appetit (Ich mag einige Bissen essen, aber ohne grosse Lust)
- ☐ Wenig Appetit (Ich muss mich zum Essen überwinden)
- ☐ Gar kein Appetit (Schon der Anblick oder der Geruch der Speisen ist unangenehm)

Wie viel und was haben Sie heute gegessen?

	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen	
Mahlzeit								z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischenmahlzeit	
	1/4	1/2	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %		
Frühstück	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Mittagessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Abendessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

Wie viel haben Sie heute getrunken?


< 500 ml
☐


< 1000 ml
☐


< 1500 ml
☐


> 1500 ml
☐

Haben Sie heute Proteindrinks getrunken?

Ihr Ziel: 4 x 50 ml

- ☐ Ja, ____ Becher à 50 ml ☐ Nein

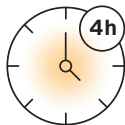
Haben Sie heute am Spirometer geübt?

Ihr Ziel: ____ ml

- ☐ Ja, ____ ml erreicht ☐ Nein

Wie viele Stunden haben Sie heute insgesamt ausserhalb Ihres Bettes verbracht?

Ziel: 4 Stunden am Tag



- ☐ Morgens _____ Stunden
☐ Mittags _____ Stunden
☐ Abends _____ Stunden

Was haben Sie während dieser Zeit alles gemacht?

- ☐ Auf dem Stuhl gesessen ☐ Im Zimmer gelaufen ☐ Am Tisch gesessen
☐ Auf dem Gang spaziert ☐ Cafeteria besucht ☐ Treppen gestiegen
☐ Am Lavabo erfrischt ☐ Im Park spaziert ☐ Geduscht
☐ _____

Leiden Sie heute unter Übelkeit?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Mussten Sie heute erbrechen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Spüren Sie eine Darmtätigkeit?

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Windabgänge?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Leiden Sie heute unter Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Notizen / Tagesziel

2. Tag nach Operation

Gewicht _____

Hatten Sie heute Appetit / Lust zu essen?

- ☐ Guter Appetit (Ich freue mich auf die Mahlzeiten)
- ☐ Mässiger Appetit (Ich mag einige Bissen essen, aber ohne grosse Lust)
- ☐ Wenig Appetit (Ich muss mich zum Essen überwinden)
- ☐ Gar kein Appetit (Schon der Anblick oder der Geruch der Speisen ist unangenehm)

Wie viel und was haben Sie heute gegessen?

	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischen- mahlzeit
Mahlzeit								
	1/4	1/2	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Mittagessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Abendessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Wie viel haben Sie heute getrunken?


< 500 ml
☐


< 1000 ml
☐


< 1500 ml
☐


> 1500 ml
☐

Haben Sie heute Proteindrinks getrunken?

Ihr Ziel: 4 x 50 ml

- ☐ Ja, ____ Becher à 50 ml ☐ Nein

Haben Sie heute am Spirometer geübt?

Ihr Ziel: ____ ml

- ☐ Ja, ____ ml erreicht ☐ Nein

Wie viele Stunden haben Sie heute insgesamt ausserhalb Ihres Bettes verbracht?

Ziel: 6 Stunden am Tag



- ☐ Morgens _____ Stunden
☐ Mittags _____ Stunden
☐ Abends _____ Stunden

Was haben Sie während dieser Zeit alles gemacht?

- ☐ Auf dem Stuhl gesessen ☐ Im Zimmer gelaufen ☐ Am Tisch gesessen
☐ Auf dem Gang spaziert ☐ Cafeteria besucht ☐ Treppen gestiegen
☐ Am Lavabo erfrischt ☐ Im Park spaziert ☐ Geduscht
☐ _____

Leiden Sie heute unter Übelkeit?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Mussten Sie heute erbrechen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Spüren Sie eine Darmtätigkeit?

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Windabgänge?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Leiden Sie heute unter Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Notizen / Tagesziel

3. Tag nach Operation

Gewicht _____

Hatten Sie heute Appetit / Lust zu essen?

- ☐ Guter Appetit (Ich freue mich auf die Mahlzeiten)
- ☐ Mässiger Appetit (Ich mag einige Bissen essen, aber ohne grosse Lust)
- ☐ Wenig Appetit (Ich muss mich zum Essen überwinden)
- ☐ Gar kein Appetit (Schon der Anblick oder der Geruch der Speisen ist unangenehm)

Wie viel und was haben Sie heute gegessen?

	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischen- mahlzeit
Mahlzeit								
	1/4	1/2	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Mittagessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Abendessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Wie viel haben Sie heute getrunken?


< 500 ml
☐


< 1000 ml
☐


< 1500 ml
☐


> 1500 ml
☐

Haben Sie heute Proteindrinks getrunken?

Ihr Ziel: 4 x 50 ml

- ☐ Ja, ____ Becher à 50 ml ☐ Nein

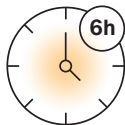
Haben Sie heute am Spirometer geübt?

Ihr Ziel: ____ ml

- ☐ Ja, ____ ml erreicht ☐ Nein

Wie viele Stunden haben Sie heute insgesamt ausserhalb Ihres Bettes verbracht?

Ziel: 6 Stunden am Tag



- ☐ Morgens _____ Stunden
☐ Mittags _____ Stunden
☐ Abends _____ Stunden

Was haben Sie während dieser Zeit alles gemacht?

- ☐ Auf dem Stuhl gesessen ☐ Im Zimmer gelaufen ☐ Am Tisch gesessen
☐ Auf dem Gang spaziert ☐ Cafeteria besucht ☐ Treppen gestiegen
☐ Am Lavabo erfrischt ☐ Im Park spaziert ☐ Geduscht
☐ _____

Leiden Sie heute unter Übelkeit?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Mussten Sie heute erbrechen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Spüren Sie eine Darmtätigkeit?

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Windabgänge?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Leiden Sie heute unter Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Notizen / Tagesziel

4. Tag nach Operation

Gewicht _____

Hatten Sie heute Appetit / Lust zu essen?

- ☐ Guter Appetit (Ich freue mich auf die Mahlzeiten)
- ☐ Mässiger Appetit (Ich mag einige Bissen essen, aber ohne grosse Lust)
- ☐ Wenig Appetit (Ich muss mich zum Essen überwinden)
- ☐ Gar kein Appetit (Schon der Anblick oder der Geruch der Speisen ist unangenehm)

Wie viel und was haben Sie heute gegessen?

	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischen- mahlzeit
Mahlzeit								
	1/4	1/2	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Mittagessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Abendessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Wie viel haben Sie heute getrunken?


< 500 ml
☐


< 1000 ml
☐


< 1500 ml
☐


> 1500 ml
☐

Haben Sie heute Proteindrinks getrunken?

Ihr Ziel: 4 x 50 ml

- ☐ Ja, ____ Becher à 50 ml ☐ Nein

Haben Sie heute am Spirometer geübt?

Ihr Ziel: ____ ml

- ☐ Ja, ____ ml erreicht ☐ Nein

Wie viele Stunden haben Sie heute insgesamt ausserhalb Ihres Bettes verbracht?

Ziel: 6 Stunden am Tag



- ☐ Morgens _____ Stunden
☐ Mittags _____ Stunden
☐ Abends _____ Stunden

Was haben Sie während dieser Zeit alles gemacht?

- ☐ Auf dem Stuhl gesessen ☐ Im Zimmer gelaufen ☐ Am Tisch gesessen
☐ Auf dem Gang spaziert ☐ Cafeteria besucht ☐ Treppen gestiegen
☐ Am Lavabo erfrischt ☐ Im Park spaziert ☐ Geduscht
☐ _____

Leiden Sie heute unter Übelkeit?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Mussten Sie heute erbrechen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Spüren Sie eine Darmtätigkeit?

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Windabgänge?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Leiden Sie heute unter Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Notizen / Tagesziel

5. Tag nach Operation

Gewicht _____

Hatten Sie heute Appetit / Lust zu essen?

- ☐ Guter Appetit (Ich freue mich auf die Mahlzeiten)
- ☐ Mässiger Appetit (Ich mag einige Bissen essen, aber ohne grosse Lust)
- ☐ Wenig Appetit (Ich muss mich zum Essen überwinden)
- ☐ Gar kein Appetit (Schon der Anblick oder der Geruch der Speisen ist unangenehm)

Wie viel und was haben Sie heute gegessen?

	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischen- mahlzeit
Mahlzeit								
	1/4	1/2	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Mittagessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Abendessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Wie viel haben Sie heute getrunken?


< 500 ml
☐


< 1000 ml
☐


< 1500 ml
☐


> 1500 ml
☐

Haben Sie heute Proteindrinks getrunken?

Ihr Ziel: 4 x 50 ml

- ☐ Ja, ____ Becher à 50 ml ☐ Nein

Haben Sie heute am Spirometer geübt?

Ihr Ziel: ____ ml

- ☐ Ja, ____ ml erreicht ☐ Nein

Wie viele Stunden haben Sie heute insgesamt ausserhalb Ihres Bettes verbracht?

Ziel: 6 Stunden am Tag



- ☐ Morgens _____ Stunden
☐ Mittags _____ Stunden
☐ Abends _____ Stunden

Was haben Sie während dieser Zeit alles gemacht?

- ☐ Auf dem Stuhl gesessen ☐ Im Zimmer gelaufen ☐ Am Tisch gesessen
☐ Auf dem Gang spaziert ☐ Cafeteria besucht ☐ Treppen gestiegen
☐ Am Lavabo erfrischt ☐ Im Park spaziert ☐ Geduscht
☐ _____

Leiden Sie heute unter Übelkeit?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Übelkeit

unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

Mussten Sie heute erbrechen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Spüren Sie eine Darmtätigkeit?

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Windabgänge?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Hatten Sie Stuhlgang?

- ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein

Leiden Sie heute unter Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.



0 = keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen = 10

Notizen / Tagesziel

6. Tag nach Operation

Gewicht _____

Hatten Sie heute Appetit / Lust zu essen?

- ☐ Guter Appetit (Ich freue mich auf die Mahlzeiten)
- ☐ Mässiger Appetit (Ich mag einige Bissen essen, aber ohne grosse Lust)
- ☐ Wenig Appetit (Ich muss mich zum Essen überwinden)
- ☐ Gar kein Appetit (Schon der Anblick oder der Geruch der Speisen ist unangenehm)

Wie viel und was haben Sie heute gegessen?

	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen	
Mahlzeit								z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischenmahlzeit	
	1/4	1/2	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %		
Frühstück	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Mittagessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Abendessen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

Wie viel haben Sie heute getrunken?


< 500 ml
☐


< 1000 ml
☐


< 1500 ml
☐


> 1500 ml
☐

Haben Sie heute Proteindrinks getrunken?

Ihr Ziel: 4 x 50 ml

- ☐ Ja, ____ Becher à 50 ml ☐ Nein

Haben Sie heute am Spirometer geübt?

Ihr Ziel: ____ ml

- ☐ Ja, ____ ml erreicht ☐ Nein

Meine Notizen

Haben Sie Fragen an Ihr Behandlungs- team?

Kontakt

ERAS-Nurse

T +41 44 396 74 29

Chirurgisches Sprechstundensekretariat

T +41 44 397 27 65

Notfallstation

T +41 44 397 21 31

Bitte geben Sie das Tagebuch beim Austritt an die zuständige Pflegefachperson ab.

Herzlichen Dank. Wir wünschen Ihnen weiterhin gute Genesung.

