

# Tagebuch

Für Patientinnen und Patienten nach  
einer Operation am Dickdarm

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient**

Nach Ihrer Operation sind eine ausreichende Ernährung und körperliche Bewegung wichtig, weil diese den Erholungsprozess beschleunigen und das Risiko von Komplikationen reduzieren. Es ist uns ein Anliegen, Sie dabei gezielt zu 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 gute Genesung.

Das Team der Klinik für Chirurgie  
Spital Zollikerberg

**Kontakt**

**Klinik für Chirurgie**

Trichtenhauserstrasse 20  
8125 Zollikerberg  
chirurgie@spitalzollikerberg.ch

**ERAS-Nurse**

T 044 397 74 29

**Chirurgisches Sprechstundensekretariat**

chirurgie@spitalzollikerberg.ch  
T 044 397 27 65



## 1. Tag nach der 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?

Mahlzeit	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischenmahlzeit
	¼	½	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Wieviel 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 insgesamt haben Sie heute 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 Flur 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 Darmtätigkeit?

- Ja     Nein

### Haben Sie Windabgang?

- 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 der 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?

Mahlzeit	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischenmahlzeit
	1/4	1/2	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Wieviel 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 insgesamt haben Sie heute 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 Flur 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 Darmtätigkeit?

- Ja
- Nein

### Haben Sie Windabgang?

- 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 der 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?

Mahlzeit	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischen- mahlzeit
	¼	½	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### Wieviel 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

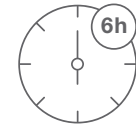
#### Haben Sie heute am Spirometer geübt?

Ihr Ziel: \_\_\_\_\_ ml

- Ja, \_\_\_\_\_ ml erreicht  Nein

#### Wie viele Stunden insgesamt haben Sie heute 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 Flur 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** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**  
 0 = keine Übelkeit unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

#### Mussten Sie heute erbrechen?

- Ja  Nein

#### Spüren Sie Darmtätigkeit?

- Ja  Nein

#### Haben Sie Windabgang?


- Ja, \_\_\_\_\_ mal  Nein

#### Hatten Sie Stuhlgang?

- Ja, \_\_\_\_\_ mal  Nein

#### Leiden Sie heute unter Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.

  
**0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**  
 0 = keine Schmerzen unerträgliche Schmerzen = 10

#### Notizen / Tagesziel

---



---



---



---

### 4. Tag nach der 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?**

Mahlzeit	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischenmahlzeit
	¼	½	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Wieviel 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 insgesamt haben Sie heute 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 Flur 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 Darmtätigkeit?**

- Ja       Nein

**Haben Sie Windabgang?**

- 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 der 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?

Mahlzeit	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischenmahlzeit
	¼	½	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### Wieviel 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 insgesamt haben Sie heute 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 Flur 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
  5
  10 = unerträgliche Übelkeit, Erbrechen

#### Mussten Sie heute erbrechen?

- Ja
- Nein

#### Spüren Sie Darmtätigkeit?

- Ja
- Nein

#### Haben Sie Windabgang?


- Ja, \_\_\_\_\_ mal
- Nein

#### Hatten Sie Stuhlgang?

- Ja, \_\_\_\_\_ mal
- Nein

#### Leiden Sie heute unter Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.

  
 0 = keine Schmerzen
  5
  10 = unerträgliche Schmerzen

#### Notizen / Tagesziel

---



---



---



---



## 6. Tag nach der 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?

Mahlzeit	Portionsgrösse			Davon gegessen				Bemerkungen z. B. zusätzlich Suppe, Dessert oder Zwischenmahlzeit
	¼	½	ganze	25 %	50 %	75 %	100 %	
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Wieviel 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 insgesamt haben Sie heute 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 Flur 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 0 = keine Übelkeit unerträgliche Übelkeit, Erbrechen = 10

### Mussten Sie heute erbrechen?

- Ja     Nein

### Spüren Sie Darmtätigkeit?

- Ja     Nein

### Haben Sie Windabgang?


- Ja, \_\_\_\_ mal     Nein

### Hatten Sie Stuhlgang?

- Ja, \_\_\_\_ mal     Nein

### Leiden Sie heute unter Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie die maximale Intensität an.

  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 0 = keine Schmerzen unerträgliche Schmerzen = 10

### Notizen / Tagesziel

---



---



---



---

## Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Haben Sie Fragen an Ihr Behandlungsteam?

Wir beantworten diese gerne.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Herzlichen Dank. Wir wünschen Ihnen weiterhin gute Genesung.

**Spital Zollikerberg**

Trichtenhauserstrasse 20

8125 Zollikerberg

T 044 397 21 11

F 044 397 21 12

[info@spitalzollikerberg.ch](mailto:info@spitalzollikerberg.ch)

[spitalzollikerberg.ch](http://spitalzollikerberg.ch)

Stiftung Diakoniewerk Neumünster –  
Schweizerische Pflegerinnenschule