

Patienten ID * _____

Datum: _____

Interne Anwendungsbeobachtung LASER I 2023/24 INTIMBEREICH

Liebe Teilnehmerin,

nun haben Sie Ihre erste Behandlung gehabt.

Wenn Sie noch Fragen haben, melden Sie sich bitte jederzeit bei uns.

Im vorliegenden **Fragebogen 1b**

geht es um Ihre Bewertung der Behandlung und Ihr Erleben während der Therapie.

Wie haben Sie die Behandlung selber erlebt?

z.B. 1 = keine/kaum Probleme/Schmerzen/Beschwerden

z.B. 6 = mittellästige Probleme/Schmerzen/Beschwerden

z.B. 10 = große Probleme/Schmerzen/Beschwerden

Unangenehmes Empfinden bei der Behandlung

nein

sehr stark

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1

10

Schmerzen bei der Behandlung

nein

sehr starke

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1

10

Haben sich die folgenden Empfindungen/Vorbehalte bestätigt?

Sorge/Ängstlichkeit vor der Behandlung

☐ Ja

☐ Nein

☐ nur bedingt

☐ keine Angabe

Haben sich die folgenden Empfindungen/Vorbehalte bestätigt?

Befürchtung von Schmerzen bei der Behandlung

☐ Ja ☐ Nein ☐ nur bedingt ☐ keine Angabe

Haben sich die folgenden Empfindungen bestätigt?

Entspannung durch gute Begleitung/Aufklärung durch das Laserteam

☐ Ja ☐ Nein ☐ nur bedingt ☐ keine Angabe

Haben sich die folgenden Empfindungen bestätigt?

gespannte/freudige Erwartung

☐ Ja ☐ Nein ☐ nur bedingt ☐ keine Angabe

Würden Sie **die Lasertherapie weiterempfehlen** können?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nur bedingt ☐ keine Angabe

Ihre Anmerkungen jeder Art:

Danke für Ihre Mitarbeit!

Erwünschte Erfolge stellen sich manchmal schon nach kurzer Zeit ein, spätestens nach Ihrem dritten Termin. Alles Gute und bis zu Ihrer nächsten Behandlung! Ihr Laserteam