



Operationsdatum:

Tacksam om du fyller i detta formulär fyra veckor efter din operation och skickar det till oss.

## Infektionsuppföljning

### 1. Har såret läkt utan problem?

Ja:

Nej:

### 2. Har du fått antibiotikabehandling på grund av infektion i såret?

Ja:

Nej:

### 3. Har du sökt vård för någon annan komplikation?

Ja:

Nej:

För vad?

---

---

### 4. Hur värderade du vården/behandlingen och bemötandet från läkare och övrig personal?

Bra:

Någorlunda:

Dåligt:

### 5. Hur upplevde du smärtan efter operationen:

Ingen smärta:

Lätt smärta:

Måttlig smärta:

Svår smärta:

### 6. Övriga kommentarer:

---

---

---