

## Minimales Dokumentationssystem MIDOS zu belastenden Symptomen

© Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, D-53127 Bonn  
Email: palliativmedizin@ukbonn.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Sie kennen Ihre Situation selber am Besten. Darum bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen und die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie sie im Augenblick bei sich wahrnehmen.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Name**

**Datum**

### M1. Bitte kreuzen Sie an, wie **stark** heute Ihre **Beschwerden** sind.

|                      |                                |                                   |                                    |  |
|----------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <b>Schmerz</b>       | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke Schmerzen      |
| <b>Übelkeit</b>      | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke Übelkeit       |
| <b>Erbrechen</b>     | <input type="checkbox"/> kein  | <input type="checkbox"/> leichtes | <input type="checkbox"/> mittleres | <input type="checkbox"/> starkes Erbrechen     |
| <b>Luftnot</b>       | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke Luftnot        |
| <b>Verstopfung</b>   | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke Verstopfung    |
| <b>Schwäche</b>      | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke Schwäche       |
| <b>Appetitmangel</b> | <input type="checkbox"/> kein  | <input type="checkbox"/> leichter | <input type="checkbox"/> mittlerer | <input type="checkbox"/> starker Appetitmangel |
| <b>Müdigkeit</b>     | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke Müdigkeit      |
| <b>Depressivität</b> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke Depressivität  |
| <b>Angst</b>         | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke Angst          |
| <b>Andere:</b>       | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke                |
| <b>Andere:</b>       | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte  | <input type="checkbox"/> mittlere  | <input type="checkbox"/> starke                |

### M2. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute **fühlen**:

sehr schlecht     schlecht     mittel     gut     sehr gut

### Befinden

### M4. Selbsterfassung **nicht möglich** wegen:

Sprachproblemen     Schwäche     Kognitiven Störungen     Patient lehnt ab