



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 selber wahrnehmen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. IDNR

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

13. Datum.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

**M1. Bitte kreuzen Sie Ihre durchschnittliche Schmerzstärke an.**

[ 0 ]    [ 1 ]    [ 2 ]    [ 3 ]    [ 4 ]    [ 5 ]    [ 6 ]    [ 7 ]    [ 8 ]    [ 9 ]    [ 10 ]  
Kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

**M2. Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre stärksten Schmerzen waren.**

[ 0 ]    [ 1 ]    [ 2 ]    [ 3 ]    [ 4 ]    [ 5 ]    [ 6 ]    [ 7 ]    [ 8 ]    [ 9 ]    [ 10 ]  
Kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

**M3. Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Beschwerden sind.**

|                    |                                |                                  |                                   |   |
|--------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <b>Müdigkeit</b>   | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> starke Müdigkeit   |
| <b>Übelkeit</b>    | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> starke Übelkeit    |
| <b>Verstopfung</b> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> starke Verstopfung |
| <b>Luftnot</b>     | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> starke Luftnot     |
| <b>Schwäche</b>    | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> starke Schwäche    |
| <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             |

**M4. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen:**

**Befinden**     sehr schlecht     schlecht     mittel     gut     sehr gut

**M5. Bemerkungen:**

**M6. Selbsterfassung nicht möglich wegen:**

Sprachproblemen     Schwäche     Kognitiven Störungen     Patient lehnt ab     keine Zeit