



Ihre Angaben sollen sich auf das subjektive Erleben des Patienten / der Patientin in den letzten 3 Tagen beziehen. Orientieren Sie sich bei der Einschätzung an den konkreten Äußerungen des Patienten / der Patientin.

1. IDNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

PB1. Somatische Belastungen

	0	1	2	3	4
Der Patient / die Patientin leidet unter					
...Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...Schmerzen.	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...weiteren somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperteilen, sexuellen Funktionsstörungen)	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
				Summe	<input type="text"/>

PB2. Psychische Belastungen

	0	1	2	3	4
Der Patient leidet unter					
...Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations- / Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein.	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...Scham / Selbstunsicherheit	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
...Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle)	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
				Summe	<input type="text"/>

PB3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

Belastende Probleme im Freundes- und Familienkreis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Faktoren beeinflusst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

PB4. Psychosoziale Unterstützung

Bei dem Patienten / der Patientin besteht aktuell eine Indikation für eine professionelle psychosoziale Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------