

Name		Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<b>Änderung der Therapie</b> neu eingeleitet,  geändert  abgesetzt   Besonderheiten Besonderer Aufwand								
<b>Schmerz</b>	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>durchschnittlich</b>	NRS 0-10 0 = kein Schmerz 10= nicht stärker vorstellbar							
<b>maximal</b>								
<b>Müdigkeit</b>	VRS: 0= kein 1= leicht 2= mittel 3= stark							
<b>Übelkeit</b>								
<b>Verstopfung</b>								
<b>Luftnot</b>								
<b>Schwäche</b>								
<b>Angst</b>								
<b>Befinden</b>	VRS 1-5*							
<b>Art der Erhebung</b>		<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst
<b>Bemerkungen</b>	*VRS Befinden: 1= sehr schlecht 2= schlecht 3= mittel 4= gut 5= sehr gut							