

# Ist der Krebs weiter fortgeschritten?

Helfen Sie Ihrem Arzt, Ihre Symptome zu beurteilen.

NAME

DATUM

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihren Symptomen und bringen Sie bei Ihrem nächsten Arzttermin einen Ausdruck des ausgefüllten Bogens mit.

## 1 MOBILITÄT

Beurteilen Sie Ihre Beweglichkeit und Gehfähigkeit. *(wählen Sie eine Zahl aus)*

Ich habe keine Probleme

Ich kann mich gar nicht bewegen

## 2 ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN

Beurteilen Sie Ihre Fähigkeit, alltägliche Tätigkeiten auszuführen, zum Beispiel Arbeit, Hausarbeit, Aktivitäten mit der Familie und in der Freizeit. *(wählen Sie eine Zahl aus)*

Ich habe keine Probleme mit alltäglichen Tätigkeiten

Ich kann alltägliche Tätigkeiten nicht ausführen

## 3 SORGEN UND DEPRESSIONEN

Beurteilen Sie Ihren emotionalen Zustand. *(wählen Sie eine Zahl aus)*

Ich fühle mich weder besorgt noch depressiv

Ich bin sehr besorgt und depressiv

## 4 ERSCHÖPFUNG

Beurteilen Sie den Grad Ihrer Erschöpfung. *(wählen Sie eine Zahl aus)*

Ich bin nicht erschöpft

Ich bin ständig erschöpft

## 5 SCHLAF

Beurteilen Sie Ihre Schlafqualität. *(wählen Sie eine Zahl aus)*

Ich schlafe sehr gut

Ich kann überhaupt nicht schlafen

## 6 LEBENSQUALITÄT

Beurteilen Sie Ihre allgemeine Lebensqualität während des letzten Monats. *(wählen Sie eine Zahl aus)*

Sehr gute Lebensqualität

Sehr schlechte Lebensqualität

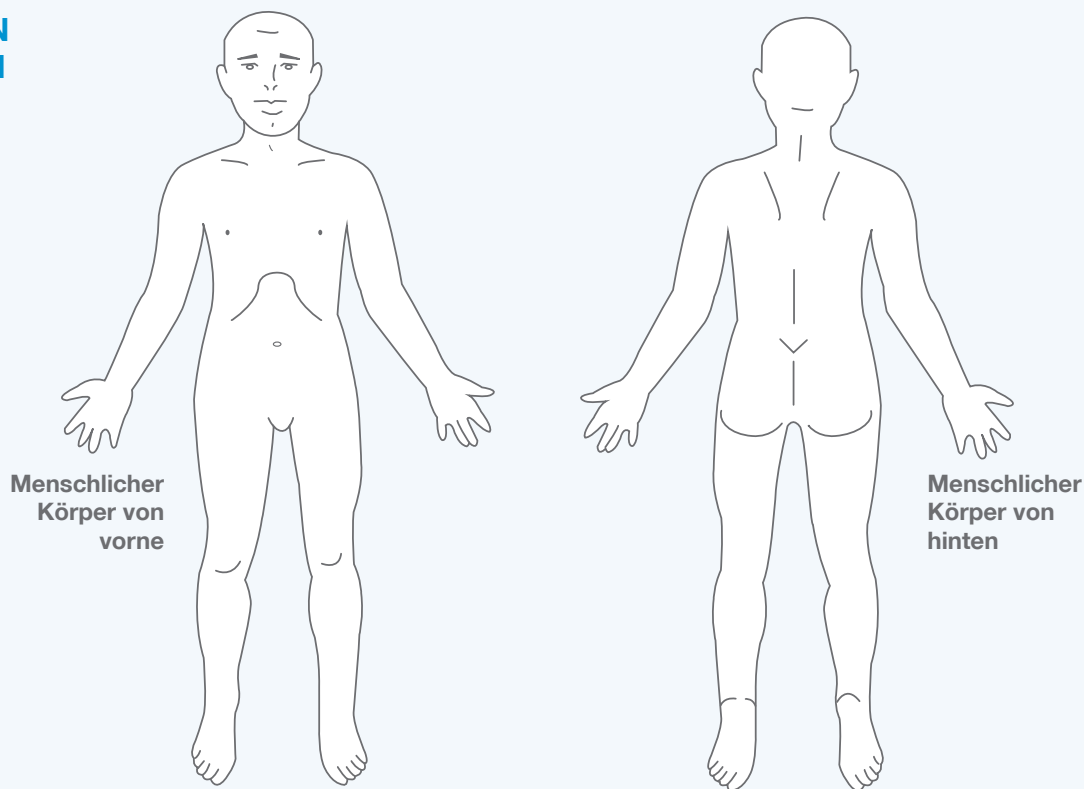
## 7 SCHMERZEN UND BESCHWERDEN

Haben Sie seit Ihrem letzten Arzttermin irgendwelche Schmerzen oder Beschwerden in den Knochen oder Gelenken verspürt, etwa im Rücken, in der Schulter oder der Hüfte? (wählen Sie eine Antwort aus)

Wenn Sie mit JA geantwortet haben: Beantworten Sie bitte auch die Fragen 8-10.

## 8 ORT DER SCHMERZEN ODER BESCHWERDEN

Wenn Sie auf die Frage 7 mit JA geantwortet haben, markieren Sie in der Abbildung den Bereich oder die Bereiche des Körpers aus, wo diese Schmerzen oder Beschwerden aufgetreten sind.



## 9 GRAD DER SCHMERZEN ODER BESCHWERDEN

Wenn Sie in Frage 8 einen oder mehrere Bereiche ausgewählt haben, in denen Sie Schmerzen oder Beschwerden verspüren: Wie beurteilen Sie die Intensität der Schmerzen, wenn sie am stärksten sind? (wählen Sie eine Zahl aus)

Keine Schmerzen oder Beschwerden

Schmerzen oder Beschwerden sind unerträglich

## 10 AKTUELLE MEDIKAMENTENEINNAHME ODER SONSTIGE BEHANDLUNG GEGEN DIE SCHMERZEN

1. Nehmen Sie gegen Ihre Schmerzen Medikamente ein?

2. Wenn Sie mit JA geantwortet haben, welche Medikamente nehmen Sie ein?

(wählen Sie alles aus, was auf Sie zutrifft)

a. Frei verkäufliche Schmerzmittel (z.B. Aspirin, Paracetamol, Ibuprofen)

Opioide (z.B. Codein, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl oder Morphinum)

3. Wenn Sie Medikamente einnehmen, nehmen Sie diese:

a. Alle paar Tage

b. Ein- bis zweimal am Tag

c. Mehrmals am Tag, bzw. ständig (im Fall von Pflastern)

Diese Checkliste ist keine validierte Skala. Sie soll den Patienten mit einigen Fragen unterstützen, damit neu auftretende oder sich verschlechternde Symptome besser erkannt werden können.

