



| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | 1. IDNR | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | 13. Datum | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1. War der Patient in den vergangenen 3 Tagen durch Schmerzen beeinträchtigt? | | | | 2. War das Allgemeinbefinden des Patienten in den vergangenen 3 Tagen durch andere Symptome, wie z.B. Übelkeit, Atemnot, Husten oder Verstopfung, beeinträchtigt? | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Nein, gar nicht <input type="checkbox"/> 1 Etwas - musste nichts dagegen unternehmen <input type="checkbox"/> 2 Mäßig - geringe Beeinträchtigung durch Schmerzen <input type="checkbox"/> 3 Stark - Aktivität und Konzentration deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> 4 Außerordentlich stark- konnte an nichts anderes denken | | | | <input type="checkbox"/> 0 Nein, gar nicht <input type="checkbox"/> 1 Etwas <input type="checkbox"/> 2 Mäßig <input type="checkbox"/> 3 Stark <input type="checkbox"/> 4 Außerordentlich stark | | | |
| 3. War der Patient in den vergangenen 3 Tagen wegen seiner Krankheit oder seiner Behandlung besorgt oder beunruhigt? | | | | 4. Waren die Angehörigen oder Freunde in den vergangenen 3 Tagen wegen des Patienten besorgt oder beunruhigt? | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Nein, gar nicht <input type="checkbox"/> 1 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 Manchmal – Konzentration war hin und wieder beeinträchtigt <input type="checkbox"/> 3 Meistens - Konzentration war oft beeinträchtigt <input type="checkbox"/> 4 Patient scheint an nichts anderes zu denken - ist ganz und gar mit seinen Sorgen und Ängsten beschäftigt | | | | <input type="checkbox"/> 0 Nein, gar nicht <input type="checkbox"/> 1 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 Manchmal - ihre Konzentration schien beeinträchtigt zu sein <input type="checkbox"/> 3 Meistens <input type="checkbox"/> 4 Ja, sie schienen ständig besorgt zu sein | | | |
| 5. Wie umfassend wurde der Patient, bzw. seine Angehörigen und Freunde, in den vergangenen 3 Tagen informiert? | | | | 6. Konnte der Patient seine Gefühle in den vergangenen 3 Tagen mit Angehörigen oder Freunden teilen? | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Umfassend informiert - der Patient weiß, dass er jederzeit nachfragen kann <input type="checkbox"/> 1 Hat Informationen erhalten, aber nicht immer verstanden <input type="checkbox"/> 2 Wurde auf Nachfrage informiert - Patient hätte sich mehr gewünscht <input type="checkbox"/> 3 Wurde sehr wenig informiert-einige Fragen wurden vermieden <input type="checkbox"/> 4 Überhaupt nicht | | | | <input type="checkbox"/> 0 Ja, soviel er wollte <input type="checkbox"/> 1 Meistens <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 4 Nein, überhaupt nicht / konnte sich niemandem mitteilen | | | |
| 7. Hatten Sie in den vergangenen 3 Tagen den Eindruck, dass der Patient das Leben lebenswert fand? | | | | 8. Hatten Sie in den vergangenen 3 Tagen den Eindruck, dass der Patient ein positives Selbstwertgefühl hatte? | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Ja, immer <input type="checkbox"/> 1 Meistens <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 4 Nein, überhaupt nicht | | | | <input type="checkbox"/> 0 Ja, immer <input type="checkbox"/> 1 Meistens <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 4 Nein, überhaupt nicht | | | |
| 9. Wie viel Zeit wurde Ihrer Ansicht nach in den vergangenen 3 Tagen mit behandlungsbezogenen Terminen vergeudet, z.B. durch Warten auf Transporte, Wiederholung von Untersuchungen? | | | | 10. Wurden in den vergangenen 3 Tagen konkrete Aspekte der Erkrankung, z.B. finanzieller oder persönlicher Art angesprochen? | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Gar keine Zeit <input type="checkbox"/> 2 Bis zu einem halben Tag <input type="checkbox"/> 4 Mehr als ein halber Tag | | | | <input type="checkbox"/> 0 Praktische Probleme wurden in Angriff genommen und zur Zufriedenheit des Patienten geregelt <input type="checkbox"/> 2 Praktische Probleme werden zur Zeit in Angriff genommen <input type="checkbox"/> 4 Es gibt praktische Probleme, die nicht in Angriff genommen wurden <input type="checkbox"/> 0 Der Patient hatte keine praktischen Probleme | | | |
| 11. Welche Probleme des Patienten standen in den vergangenen 3 Tagen im Vordergrund? | | | | 12. Wie ist der Funktionsstatus (ECOG) des Patienten? | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität <input type="checkbox"/> 1 Gehfähig, leichte Arbeit möglich <input type="checkbox"/> 2 Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen <input type="checkbox"/> 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% Wachzeit bettlägerig <input type="checkbox"/> 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig | | | |

POS Summenwert



| | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <i>Patienten – Etikett</i> | | 1. IDNR | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | 13. Datum | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1. Waren Sie in den vergangenen 3 Tagen durch Schmerzen beeinträchtigt? | | | | 2. War Ihr Allgemeinbefinden in den vergangenen 3 Tagen durch andere Symptome, wie z.B. Übelkeit, Atemnot, Husten oder Verstopfung, beeinträchtigt? | | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Nein, gar nicht <input type="checkbox"/> 1 Etwas - musste nichts dagegen unternehmen <input type="checkbox"/> 2 Mäßig - geringe Beeinträchtigung durch Schmerzen <input type="checkbox"/> 3 Stark - Aktivität und Konzentration deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> 4 Außerordentlich stark- konnte an nichts anderes denken | | | | <input type="checkbox"/> 0 Nein, gar nicht <input type="checkbox"/> 1 Etwas <input type="checkbox"/> 2 Mäßig <input type="checkbox"/> 3 Stark <input type="checkbox"/> 4 Außerordentlich stark | | | | |
| 3. Waren Sie in den vergangenen 3 Tagen wegen Ihrer Krankheit oder Ihrer Behandlung besorgt oder beunruhigt? | | | | 4. Waren Ihre Angehörigen oder Freunde in den vergangenen 3 Tagen Ihretwegen besorgt oder beunruhigt? | | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Nein, gar nicht <input type="checkbox"/> 1 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 Manchmal – meine Konzentration war hin und wieder beeinträchtigt <input type="checkbox"/> 3 Meistens – meine Konzentration war oft beeinträchtigt Ich kann an nichts anderes zu denken - bin ganz und gar mit meinen Sorgen und Ängsten beschäftigt <input type="checkbox"/> 4 | | | | <input type="checkbox"/> 0 Nein, gar nicht <input type="checkbox"/> 1 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 Manchmal - ihre Konzentration schien beeinträchtigt zu sein <input type="checkbox"/> 3 Meistens <input type="checkbox"/> 4 Ja, sie schienen ständig besorgt zu sein | | | | |
| 5. Wie umfassend wurden Sie, bzw. ihre Angehörigen und Freunde, in den vergangenen 3 Tagen informiert? | | | | 6. Konnten Sie Ihre Gefühle in den vergangenen 3 Tagen mit Ihren Angehörigen oder Freunden teilen? | | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Umfassend informiert - ich weiß, dass ich jederzeit nachfragen kann <input type="checkbox"/> 1 Habe Informationen erhalten, aber nicht immer verstanden <input type="checkbox"/> 2 Wurde auf Nachfrage informiert - hätte aber gerne mehr erfahren <input type="checkbox"/> 3 Wurde sehr wenig informiert-einige Fragen wurden vermieden <input type="checkbox"/> 4 Überhaupt nicht | | | | <input type="checkbox"/> 0 Ja, soviel ich wollte <input type="checkbox"/> 1 Meistens <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 4 Nein, überhaupt nicht / konnte mich niemandem mitteilen | | | | |
| 7. Empfanden Sie in den vergangenen 3 Tagen Ihr Leben als lebenswert ? | | | | 8. Hatten Sie in den vergangenen 3 Tagen ein positives Selbstwertgefühl ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Ja, immer <input type="checkbox"/> 1 Meistens <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 4 Nein, überhaupt nicht | | | | <input type="checkbox"/> 0 Ja, immer <input type="checkbox"/> 1 Meistens <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Gelegentlich <input type="checkbox"/> 4 Nein, überhaupt nicht | | | | |
| 9. Wie viel Zeit wurde Ihrer Ansicht nach in den vergangenen 3 Tagen mit behandlungsbezogenen Terminen vergeudet, z.B. durch Warten auf Transporte, Wiederholung von Untersuchungen? | | | | 10. Wurden in den vergangenen 3 Tagen konkrete Aspekte der Erkrankung, z.B. finanzieller oder persönlicher Art angesprochen? | | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Gar keine Zeit <input type="checkbox"/> 2 Bis zu einem halben Tag <input type="checkbox"/> 4 Mehr als ein halber Tag | | | | <input type="checkbox"/> 0 Praktische Probleme wurden in Angriff genommen und zu meiner Zufriedenheit geregelt <input type="checkbox"/> 2 Praktische Probleme werden zur Zeit in Angriff genommen <input type="checkbox"/> 4 Es gibt praktische Probleme, die nicht in Angriff genommen wurden <input type="checkbox"/> 0 Ich hatte keine praktischen Probleme | | | | |
| 11. Welche Probleme standen für Sie in den vergangenen 3 Tagen im Vordergrund? | | | | 12. Wie haben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt? | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 0 Alleine <input type="checkbox"/> 1 Mit Hilfe eines Freundes o. Familienangehörigen <input type="checkbox"/> 2 Mit Hilfe des Personals | | | | |

Bitte geben Sie den Bogen Ihrem behandelnden Arzt !

POS Summenwert