



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

Grid for IDNR: [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

13. Datum

Grid for Datum: [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

**PB1. Somatische Belastungen**

	0	1	2	3	4
Der Patient / die Patientin <b>leidet unter</b> ....					
...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
<b>Summe</b>					<input type="text"/>

**PB2. Psychische Belastungen**

	0	1	2	3	4
Der Patient <b>leidet unter</b> ....					
...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
<b>Summe</b>					<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
---	-----------------------------	-------------------------------



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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Psychosoziale Belastungen

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
Der Patient <b>leidet unter</b> ....					
...Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
...Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
...Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
...Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
...Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
...weiteren Problemen im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
				Summe	<input type="text"/>

### Indikation

Bei dem Patienten / der Patientin besteht aktuell eine Indikation für eine professionelle psychosoziale Unterstützung

 Ja Nein