



Patientenetikette

Checkliste/Liste

Distress-Thermometer

Geltungsbereich: KSB

Herausgeber: Tumorzentrum

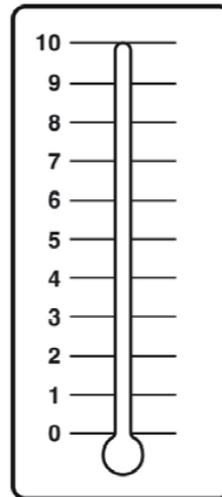
Erstellt am: 21.08.2015

Freigegeben am: 15.05.2019

Datum:

Anleitung:

Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0 – 10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschliesslich heute gefühlt haben.



Extrem belastet

Gar nicht belastet

Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschliesslich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

	JA	NEIN		JA	NEIN	
			Praktische Probleme			Körperliche Probleme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arbeit / Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Beförderung (Transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegung / Mobilität
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen / Ankleiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Betreuung / Pflege Angehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Äusseres Erscheinungsbild
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmung
			Familiäre Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Im Umgang mit dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen / Ernährung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Im Umgang mit den Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung
			Emotionale Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderungen beim Wasserlassen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene / juckende Haut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene / verstopfte Nase
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kribbeln in Händen / Füssen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeschwollen / aufgedunsen fühlen
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hitzewallungen / Schweissausbrüche
			Spirituelle / religiöse Belange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		In Bezug auf Gott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gedächtnis / Konzentration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verlust des Glaubens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____