

Dokumentation Palliativmedizinisches Basisassessment im Rahmen der Onkologievereinbarung

Name:

Datum:

Vorname:

Geb.-Datum

Leistungsstatus

<input type="checkbox"/> 0	Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Krankheit
<input type="checkbox"/> 1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung , aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich
<input type="checkbox"/> 2	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen
<input type="checkbox"/> 3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden
<input type="checkbox"/> 4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden

Schmerzanamnese und Schmerzbeurteilung

Lokalisation(en):

Schmerzqualität:

Schmerzdauer:

Tageszeitliche Schwankungen:

Gesamtverlauf:

Linderung durch:

Verstärkung durch:

Symptomintensitäten

Schmerzintensität

Schmerzen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gastrointestinale Beschwerden

Appetit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durst	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erbrechen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verstopfung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

psychische Belastung

Unruhe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Angstgefühl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Luftnot	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Erschöpfung

Müdigkeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwäche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sonstige Symptome

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Stempel / Unterschrift