

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