# Dokumentation Palliativmedizinisches Basisassessment im Rahmen der Onkologievereinbarung

Name: Datum:

Vorname:

## Geb.-Datum

### Leistungsstatus

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Krankheit |
| 1 | Einschränkung bei körperlicher Anstrengung , aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit ) möglich |
| 2 | Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen |
| 3 | Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden |
| 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:

#### Symtomintensitäten

### 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