

Patient

Datum _____

Edmonton Symptom-Erfassungs System (ESAS-r)

Bitte umkreisen Sie die Nummer, die das Ausmass/die Stärke Ihrer Beschwerden **im Moment** beschreibt

																			Kommentare
Kein Schmerz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst möglicher Schmerz							
Keine Müdigkeit (Mangel an Energie)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Müdigkeit							
Keine Benommenheit (Schwindel/Schläfrigkeitsgefühl)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Benommenheit							
Keine Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Übelkeit							
Keine Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Appetitlosigkeit							
Keine Atemnot	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Atemnot							
Keine Depressivität (Gefühl von Traurigkeit)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Depressivität							
Keine Angst (Innere Unruhe/Nervosität)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Unruhe/Nervosität							
Bestes Wohlbefinden (Wie Sie sich insgesamt fühlen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliches Wohlbefinden							
Kein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliches							

Anderes Problem, z.B.
 Verstopfung

Ausgefüllt durch:

- Patient selbstständig
- Patient quantifiziert selbst, mit Unterstützung Angehörige
- Patient quantifiziert selbst, mit Unterstützung Professionelle
- Fremdeinschätzung mit grober Kategorisierung