

Name: ..... Vorname: ..... Geb. Datum: .....

Datum:

Sehr geehrte Patienten,  
sehr geehrte Angehörige,

im Folgenden bitten wir Sie, uns Ihre Einschätzung mitzuteilen,  
wie belastet Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben bzw.  
wie es für Sie persönlich zutraf.

Bei diesem Bogen handelt es sich um eine  
wissenschaftliche Erhebung, die streng vertraulich  
behandelt und keinesfalls an Dritte (z.B. Ärzte)  
weitergegeben wird. Vielen Dank!

**Anleitung:**

**ERSTENS:** 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.



**ZWEITENS:** 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	
		<b>Praktische Probleme</b>			<b>Körperliche Probleme</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit / Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung / Mobilität
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Betreuung / Pflege Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	äußeres Erscheinungsbild
		<b>Familiäre Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen der Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen / Ernährung
		<b>Emotionale Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasserlassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	trockene / Juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	trockene / verstopfte Nase
		<b>spirituelle / religiöse Belange</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen / Füßen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	in Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	angeschwollen / aufgedunsen fühlen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hitzewallungen / Schweißausbrüche
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwindel
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis / Konzentration
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: \_\_\_\_\_