

1 Inhalt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie optimal betreuen. Deshalb interessiert uns
Ihr körperliches und Ihr seelisches Wohlbefinden. Wir bitten
Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen, damit wir
Ihnen eventuell Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung
anbieten können.

Patientenonetikett

Pat. kann/möchte Bogen nicht ausfüllen

Sie finden im Folgenden eine Liste mit Belastungssituationen, wie sie in Ihrem Leben vorkommen können. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der 5-stufigen Skala von „kaum“ bis „sehr stark“). Wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei „trifft nicht zu“.

Item	Trifft nicht zu					Trifft zu und belastet mich sehr stark						
	kaum											
1. Ich fühle mich schlapp und kraftlos.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
2. Ich habe Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
3. Ich fühle mich körperlich unvollkommen.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
4. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem/r Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
5. Ich habe Angst vor einer/m Ausweitung/Fortschreiten der Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
6. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
7. Ich habe Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
8. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
9. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung/Behandlung informiert.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
10. Ich bin angespannt bzw. nervös.	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

Wünschen Sie sich während des Aufenthaltes in
unserer Klinik psychologische Unterstützung?

ja

nein

Datum: _____

2 Archivierung

Die Ergebnisse sind in die entsprechende Akte im Orbis zu übertragen.