

Formular: Verlaufsbogen



Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre weitere Behandlung ist es wichtig, dass der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin Ihre Beschwerden genau kennt. Von daher möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden und Ihr Befinden. Kreuzen Sie hierzu im Folgenden das Feld an, dass der Stärke des aufgeführten Symptoms am ehesten entspricht. Dies gilt auch für den Fall, dass Sie bereits Medikamente gegen die genannten Beschwerden einnehmen.

>> Haben Sie **heute** Schmerzen? Ja Nein

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|--|
| >> Bitte kreuzen Sie Ihre <i>durchschnittliche</i> Schmerzstärke an. | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Kein Schmerz | | | | | | | | | | Stärkster vorstellbarer Schmerz | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|--|
| >> Bitte kreuzen Sie an, wie stark <i>gestern und heute</i> Ihre <i>stärksten</i> Schmerzen waren. | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Kein Schmerz | | | | | | | | | | Stärkster vorstellbarer Schmerz | |

>> Haben Sie *gestern und heute* die Medikamente **wie verordnet** eingenommen? Ja Nein

>> Haben Sie *gestern oder heute* **zusätzlich** Medikamente eingenommen? Ja Nein

| Welche zusätzlichen Medikamente? | Wann? | Welche Wirkung? |
|----------------------------------|-------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

>> Bestehen *gestern und heute* **andere Beschwerden oder Belastungen** (außer Schmerzen)?



>> Formular: Verlaufsbogen



>> Wurden Ihre Schmerzen **gestern oder heute** beeinflusst durch **andere Maßnahmen** (z.B. Krankengymnastik, Massage, Entspannung, Nervenstimulation etc.)?

>> Bitte kreuzen Sie an, wie stark **gestern und heute** Ihre **Beschwerden** waren/sind.

| | | | | |
|--------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Müdigkeit: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark |
| Übelkeit: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark |
| Verstopfung: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark |
| Luftnot: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark |
| Schwäche: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark |
| Angst: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark |
| Andere: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark |
| Andere: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark |

>> Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich **heute** fühlen.

Befinden: sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

>> **Bemerkungen**

>> **Selbsterfassung** war nicht möglich wegen:

Sprachprobleme Schwäche kognitive Störungen Patient lehnt ab keine Zeit

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !