



Aktuelle Probleme/Symptome

Eigeneinschätzung

Fremdeinschätzung

Name, Vorname: _____

Datum: _____

Symptome im gastrointestinalen Bereich				<input type="checkbox"/> keine	
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Blut im Stuhlgang oder Urin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Schleimhautentzündung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Übelkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Verstopfung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Durchfall	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
starker Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Symptome der Harnausscheidungen				<input type="checkbox"/> keine	
Harnverhalt	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Wassereinlagerung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Neurologische Symptome				<input type="checkbox"/> keine	
Schwierigkeiten bei Bewegung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Spastik	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
unwillkürliche Muskelzuckungen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> fokal	<input type="checkbox"/> generalisiert	
Unruhe	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Schläfrigkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Desorientiertheit/Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Kribbeln/Taubheitsgefühl in Händen/Füßen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Emotionale Symptome				<input type="checkbox"/> keine	
Angst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Besorgtheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Anspannung, Aufregung, Nervosität, Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Traurigkeit, Antriebsarmut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Name, Vorname: _____

Datum: _____

Probleme der Atemwege					<input type="checkbox"/> keine
Atemnot bzw. erschwerte Atmung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Atempausen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Bläuliche Verfärbung der Haut	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Husten	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
vermehrter Speichelfluss	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Rasseln	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Abhusten von Blut	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Probleme des blutbildenden Systems					<input type="checkbox"/> keine
Manifeste Blutungen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Blaue Flecken	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Punktförmige Einblutungen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Blässe	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Symptome der Haut					<input type="checkbox"/> keine
Juckreiz	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Schwitzen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Ekzeme (Rötung, Schuppung, Bläschen, etc.)	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Wunden	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Dekubitus/Druckstelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Veränderungen der Körpertemperatur					<input type="checkbox"/> keine
Fieber	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
zu geringe Temperatur	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Allgemeinbefinden					
Müdigkeit/Fatigue	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar		
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar		
Schwäche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar		
Schmerzen					
Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar		