

## Belastungs-Thermometer

Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

### Patientin-Identifikation

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geschlecht  m  w  divers

Strasse/Nr.

PLZ/Wohnort

Telefonnummer P

Mobile

E-Mail

Datum Belastungs-Thermometer

### Anleitung

1. 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.



10 Extrem belastet

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Gar nicht belastet

2. 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeit und Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beförderung (Transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegung/Mobilität
		<b>Familiäre Probleme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmung
		<b>Emotionale Probleme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen/Ernährung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber
		<b>Spirituelle/religiöse Belange</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In Bezug auf Gott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene/verstopfte Nase
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlust des Glaubens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
		<b>Sonstige Probleme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gedächtnis/Konzentration
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Probleme

3. Bitte geben Sie an, ob Sie vom Angebot eines Gespräches mit einer Psychoonkologin Gebrauch machen möchten.

Ja  Nein