

## Prüfliste: Sorgen & Beschwerden – Identifikation von Sorgen & Beschwerden

Name oder Kennzeichnung des Patienten/der

**Leitende Fachkraft:**

**Datum:**

**Telefonnummer:**

Diese Selbstbewertung ist freiwillig, sie hilft uns jedoch dabei, Ihre Sorgen und Gefühle zu verstehen. Außerdem können wir auf dieser Grundlage alle wichtigen Informationen und die notwendige Unterstützung bereitstellen.

Falls einige der aufgelisteten Probleme Sie erst kürzlich beschäftigt haben und Sie gern mit einer leitenden Fachkraft darüber sprechen wollen, dann bewerten Sie das jeweilige Problem auf einer **Skala von 1 bis 10**, wobei 10 die höchstmögliche Bewertung ist, d. h. Ihnen die größten Beschwerden bereitet.

Bitte lassen Sie die Felder leer, die nicht auf Sie zutreffen oder Beschwerden enthalten, die Sie zum jetzigen Zeitpunkt nicht besprechen möchten.

### Vervollständigung durch leitende Fachkraft

- ☐ Kopie wurde an Arzt/Ärztin geschickt
- ☐ Patient/in hat Kopie erhalten

### Körperliche Beschwerden

- ☐ Atembeschwerden
- ☐ Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Durchfall
- ☐ Essend, Appetit oder Geschmackssinn
- ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ Schlucken
- ☐ Husten
- ☐ Wunden oder trockener Mund oder Geschwüre
- ☐ Übelkeit oder Erbrechen
- ☐ Müde, ermattet oder erschöpft
- ☐ Schwellungen
- ☐ Erhöhte Körpertemperatur oder Fieber
- ☐ Bewegung (Laufen)
- ☐ Kribbeln in den Händen oder Füßen
- ☐ Schmerzen oder Unwohlsein
- ☐ Hitzewallungen oder Schwitzen
- ☐ Trockene, juckende oder wund Haut
- ☐ Gewichtsveränderungen
- ☐ Wundversorgung
- ☐ Gedächtnis oder Konzentration
- ☐ Seh - oder Hörvermögen
- ☐ Sprach - oder Stimmprobleme
- ☐ Mein Erscheinungsbild
- ☐ Schlafpro

- ☐ Sex, Intimität oder Fruchtbarkeit
- ☐ Andere Beschwerden

### Praktische Beschwerden

- ☐ Versorgung anderer Personen
- ☐ Arbeit oder Ausbildung
- ☐ Geld oder Finanzen
- ☐ Reisen
- ☐ Unterbringung
- ☐ Transport oder Parkmöglichkeiten
- ☐ Sprechen oder verstanden werden
- ☐ Wäsche machen oder Hausarbeiten verrichten
- ☐ Lebensmitteleinkäufe
- ☐ Waschen und Anziehen
- ☐ Zubereiten von Mahlzeiten und Getränken
- ☐ Haustiere
- ☐ Planungsschwierigkeiten
- ☐ Raucherentwöhnung
- ☐ Probleme mit Alkohol oder Drogen
- ☐ Meine Medikation

### Emotionale Beschwerden

- ☐ Ungewissheit
- ☐ Kein Interesse an Aktivitäten
- ☐ Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken
- ☐ Nachdenken über die Zukunft
- ☐ Reue über vergangene Dinge
- ☐ Wut oder Frust

- ☐ Einsamkeit oder Isolation
- ☐ Traurigkeit oder Depressionen
- ☐ Hoffnungslosigkeit
- ☐ Schuldgefühle
- ☐ Sorgen, Angst oder Beunruhigung
- ☐ Unabhängigkeit

### Sorgen in Bezug auf Familie oder Beziehungen

- ☐ Partner/in
- ☐ Kinder
- ☐ Andere Verwandte oder Freunde
- ☐ Person, die mich versorgt
- ☐ Person, die ich versorge

### Spirituelle Sorgen

- ☐ Glaube oder Spiritualität
- ☐ Bedeutung oder Zweck des Lebens
- ☐ Gefühl, in Konflikt mit meiner Kultur, meinen
- ☐ Überzeugungen oder Werten zu stehen

### Informationen oder Unterstützung

- ☐ Sportliche Betätigung und Aktivität
- ☐ Essgewohnheiten und Ernährung
- ☐ Ergänzende Therapien
- ☐ Planung meiner zukünftigen Prioritäten
- ☐ Testament machen oder rechtliche Beratung einholen
- ☐ Gesundheit und Wohlbefinden
- ☐ Selbsthilfegruppe für Patienten oder Betreuer
- ☐ Handhabung meiner Symptome
- ☐ Sonnenschutz

- ☐ Ich habe Fragen zu meiner diagnose, meinen behandlungen oder nebenwirkungen.