



SYMPTOMERFASSUNG
EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM-ESAS

Datum :

Uhrzeit :

Name:

<input type="checkbox"/> DURCH PATIENT <input type="checkbox"/> DURCH FAMILIE <input type="checkbox"/> DURCH PFLEGEPERSONAL <input type="checkbox"/> DURCH PATIENT MIT PFLERGEPERSONAL	
BITTE MACHEN SIE AUF DER FOLGENDEN LINIE EINEN STRICH (ODER KREUZ) AN DER STELLE, DIE IHR BEFINDEN AM BESTEN WIDERGIBT :	
Ich habe keinen Schmerz _____	Ich habe maximalen Schmerz
Ich bin nicht müde _____	Ich bin sehr müde
Es ist mir nicht übel _____	Es ist mir sehr übel
Meine Stimmung ist sehr gut _____	Ich bin sehr traurig/deprimiert
Ich habe keine Angst _____	Ich habe sehr grosse Angst
Es ist mir nicht schwindlig _____	Es ist mir sehr schwindlig
Ich habe einen sehr guten Appetit _____	Ich habe überhaupt keinen Appetit
Ich habe keine Atemnot _____	Ich habe grosse Atemnot
Allgemein fühle ich mich sehr wohl _____	Allgemein fühle ich mich sehr unwohl
Andere Symptome (Schwitzen, trockener Mund, Schwindle, Schlafstörung, ...)	
_____ _____	