



EDMONTON SYMPTOM-BEURTEILUNGSSYSTEM – ÜBERARBEITET + (ESAS-r+)

Datum: _____

Name: _____

Bitte kreiseln Sie die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie Sie sich fühlen (im Durchschnitt, in den letzten 24 Stunden):

Keine Schmerzen	_____	Schlimmstmöglicher Schmerz
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Keine Müdigkeit (Müdigkeit = Energiemangel)	_____	Schlimmstmögliche Müdigkeit
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Keine Benommenheit (Benommenheit = sich schläfrig fühlen)	_____	Schlimmstmögliche Benommenheit
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Keine Übelkeit	_____	Schlimmstmögliche Übelkeit
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Bestmöglicher Appetit	_____	Überhaupt kein Appetit
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Keine Kurzatmigkeit	_____	Schlimmstmögliche Kurzatmigkeit
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Keine Depression (Depression = Gefühl der Traurigkeit)	_____	Schlimmstmögliche Depression
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Keine Angstzustände (Angst = Gefühl der Nervosität)	_____	Schlimmstmögliche Angstzustände
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Bestes Wohlbefinden (Wohlbefinden = wie Sie sich insgesamt fühlen)	_____	Denkbar schlechtes Wohlbefinden
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Keine Schlafstörungen	_____	Denkbar schlechter Schlaf
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Kein Durchfall (Durchfall = mehr Stuhlgang als üblich/wässriger Stuhlgang)	_____	Schlimmstmöglicher Durchfall
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Keine Verstopfung (Verstopfung = weniger Stuhlgang als üblich/harter Stuhlgang)	_____	Schlimmstmögliche Verstopfung
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	