

Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

Bitte kreuzen sie die Zahl an, die am ehesten dem Zustand entspricht, in dem sie sich JETZT GERADE befinden:

keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	starke Schmerzen
<hr/>												
keine Erschöpfung (Erschöpfung = Mangel an Energie)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Erschöpfung
<hr/>												
keine Müdigkeit (Müdigkeit = Bedürfnis zu schlafen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Müdigkeit
<hr/>												
keine Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Übelkeit
<hr/>												
kein Appetitverlust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	gar kein Appetit
<hr/>												
keine Kurzatmigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Kurzatmigkeit
<hr/>												
keine Depression (Depression = Gefühl der Traurigkeit)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Depression
<hr/>												
keine Angstgefühle (Angstgefühle = innere Unruhe)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Angstgefühle
<hr/>												
sehr gutes Allgemeinbefinden (Allgemeinbefinden = Wie fühlen Sie sich allgemein?)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr schlechtes Allgemeinbefinden
<hr/>												
kein(e) _____ (sonstiges Problem, z. B. Verstopfung)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr stark(e)

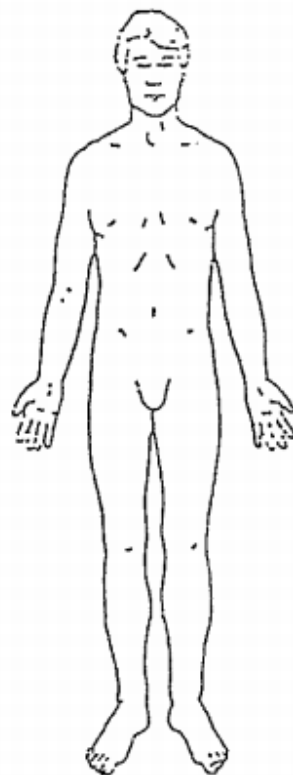
Patient's Name _____

Date _____ Time _____

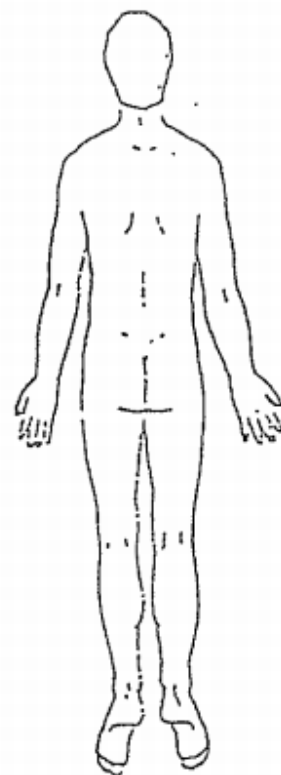
Completed by (check one):

- Patient
- Family Caregiver
- Health care professional caregiver
- Caregiver-assisted

Bitte kennzeichnen Sie auf diesen Bildern, wo es Ihnen wehtut oder wo Sie Schmerzen haben



Rechte Seite



Rechte Seite