

MIDOS Screening

FB 018 LKZ

Rev.-Nr.: 0

Seite 1 von 1

Liebe Patientin, lieber Patient,  
da Sie der Experte für sich und Ihre Situation sind und sich am besten kennen,  
würden wir Sie darum bitten, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen und die Aus-  
sagen so anzukreuzen, wie Sie sie im Augenblick bei sich wahrnehmen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patientenetikett

Datum: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an, wie <b>stark</b> heute <b>Ihre Beschwerden</b> sind:				
<b>Schmerz</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> stark
<b>Übelkeit</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> stark
<b>Erbrechen</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichtes	<input type="checkbox"/> mittleres	<input type="checkbox"/> starkes
<b>Luftnot</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke
<b>Verstopfung</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> stark
<b>Schwäche</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> stark
<b>Appetitmangel</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starker
<b>Müdigkeit</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> stark
<b>Depressivität</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke
<b>Angst</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> stark
<b>Andere:</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> stark
<b>Andere:</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> stark
Bitte kreuzen Sie an, wie sich heute <b>fühlen</b>				
<input type="checkbox"/> sehr schlecht <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut				
Ich habe den Fragebogen...				
<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> mit Unterstützung Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> mit Unterstützung Angehöriger ausgefüllt				
Ich habe den Fragebogen mit Unterstützung ausgefüllt, weil ...				
<input type="checkbox"/> Verständigungsprobleme <input type="checkbox"/> Allgemeine Schwäche <input type="checkbox"/> Denk- und Konzentrationsschwierigkeiten  <input type="checkbox"/> Keine Zeit <input type="checkbox"/> andere Gründe.....				

AZ LKZ Datei: MIDOS Screening	Erstellt: A. Wissgott am 01.03.2023 Datum/Unterschrift	Geprüft: B. Eul 02.03.2023 Datum/Unterschrift	Freigegeben ab: Prof. Dr. Dr. F. Grimminger 06.03.2023 Datum/Unterschrift
-------------------------------------	---	--	--

## Vom Arzt auszufüllen

### Krankheitsphase

- weit fortgeschrittene Erkrankung
- nicht kurativ behandelbar
- Lebenserwartung eingeschränkt
- nichts zutreffend

- Medizinische Indikation zur palliativmedizinischen Mitbetreuung besteht
- Patient wünscht palliativmedizinische Mitbetreuung

Datum

Unterschrift