

Formular: MIDOS Verlaufsbogen

Patienten-Adrema

Essen, den

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre weitere Behandlung ist es wichtig, dass der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin Ihre Beschwerden genau kennt. Von daher möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden und Ihr Befinden. Kreuzen Sie hierzu im Folgenden das Feld an, das der Stärke des aufgeführten Symptoms am ehesten entspricht. Dies gilt auch für den Fall, dass Sie bereits Medikamente gegen die genannten Beschwerden einnehmen.

>> Haben Sie **heute** Schmerzen? Ja Nein

>> Bitte kreuzen Sie Ihre **durchschnittliche** Schmerzstärke an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz

>> Bitte kreuzen Sie an, wie stark **gestern und heute** Ihre **stärksten** Schmerzen waren.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz

>> Haben Sie gestern und heute die Medikamente **wie verordnet** eingenommen? Ja Nein

>> Haben Sie gestern oder heute **zusätzlich** Medikamente eingenommen? Ja Nein

Welche zusätzlichen Medikamente?	Wann?					Welche Wirkung?

>> Bestehen gestern und heute **andere Beschwerden oder Belastungen** (außer Schmerzen)?



Revision 3 geplant: März 2018

>> Formular: *MIDOS Verlausbogen*

>> Wurden Ihre Schmerzen **gestern oder heute** beeinflusst durch **andere Maßnahmen** (z.B. Krankengymnastik, Massage, Entspannung, Nervenstimulation etc.)?

>> Bitte kreuzen Sie an, wie stark **gestern und heute** Ihre **Beschwerden** waren/sind.

Müdigkeit:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Übelkeit:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Verstopfung:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Luftnot:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Schwäche:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Angst:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark

>> Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich **heute** fühlen.

Befinden: sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

>> **Bemerkungen**

>> **Selbsterfassung** war nicht möglich wegen:

Sprachprobleme Schwäche kognitive Störungen Patient lehnt ab keine Zeit

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Revision 3 geplant: März 2018