

Formular: MIDOS Ersterhebungsbogen

1

Patienten-Adrema

Datum, Ort

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre 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.

>> 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 **heute** Ihre **stärksten** Schmerzen waren.

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

>> Bitte kreuzen Sie an, wie stark **heute** Ihre Beschwerden 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:	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
-----------	--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

>> **Bemerkungen**

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

Sprachprobleme Schwäche kognitive Störungen Patient lehnt ab keine Zeit

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

nächste geplante Revision: Februar 2020