

Name / Vorname		
Erstellt	am:	von:

## Symptome erfassen, behandeln und lindern S E N S

### Welche Erfassung wurde durchgeführt:

- Die Patient\*in/Bewohner\*in/Klient\*in füllt das ESAS nach Instruktion selbst aus.
- Die Patient\*in/Bewohner\*in/Klient\*in füllt das ESAS mit Unterstützung einer Pflegefachperson aus.
- Eine Fremdeinschätzung wird durch die Pflegefachperson vorgenommen (ev. auch mit Hilfe einer nahen Bezugsperson).

**Bitte markieren Sie mit einer Nummer das Ausmass/die Stärke in den letzten 24 Stunden:**

<b>Kein Schmerz</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Schlimmst möglicher Schmerz</b>
Bemerkungen:												
<b>Keine Erschöpfung</b> <small>(Mangel an Energie)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Schlimmst mögliche Erschöpfung</b>
Bemerkungen:												
<b>Keine Übelkeit</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Schlimmst mögliche Übelkeit</b>
Bemerkungen:												
<b>Keine Depressivität</b> <small>(Gefühl von Leere/Traurigkeit)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Schlimmst mögliche Depressivität</b>
Bemerkungen:												
<b>Keine Angst</b> <small>(Innere Unruhe/Ängstlichkeit)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Schlimmst mögliche Angst</b>
Bemerkungen:												
<b>Keine Benommenheit</b> <small>(Schwindel/Schläfrigkeitsgefühl)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Schlimmst mögliche Benommenheit</b>
Bemerkungen:												
<b>Bester Appetit</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Geringst möglicher Appetit</b>
Bemerkungen:												
<b>Bestes Wohlbefinden</b> <small>(Wie sie/er sich insgesamt fühlt)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Geringst mögliches Wohlbefinden</b>
Bemerkungen:												
<b>Keine Atemnot</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Schlimmst mögliche Atemnot</b>
Bemerkungen:												
<b>Keine Obstipation</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Massive Obstipation</b>
Bemerkungen:												
<b>Besteht ein anderes Problem?</b>												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bemerkungen:												