

Ihr Name:

Ihr Geburtsdatum:

Klinik für Palliativmedizin

Tel.: 06021 32 3901

Fax: 06021 32-3980

E-Mail: sekretariat.palliativmedizin@
klinikum-ab-alz.de

Symptom-Fragebogen (MIDOS)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben ameinen Termin in unserer Palliativmedizinischen Tagesklinik. Damit wir Sie bestmöglich beraten und behandeln können, **füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus und bringen Sie ihn mit.** Herzlichen Dank für Ihre Mühe.

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?	<i>keine</i>	<i>leichte</i>	<i>mittlere</i>	<i>starke</i>
Schmerzen	()	()	()	()
Übelkeit	()	()	()	()
Erbrechen	()	()	()	()
Verstopfung	()	()	()	()
Schwäche	()	()	()	()
Appetitmangel	()	()	()	()
Müdigkeit, Erschöpfung	()	()	()	()
Schlafstörung	()	()	()	()
Probleme wegen Wunden	()	()	()	()
Atemnot	()	()	()	()
Lymphödem	()	()	()	()
Hilfsbedarf im Alltag	()	()	()	()
Depression, Antriebsmangel	()	()	()	()
Angst	()	()	()	()
Verwirrtheit, Desorientiertheit	()	()	()	()
Versorgungsprobleme	()	()	()	()
Überforderung der Familie	()	()	()	()

Wie fühlen Sie sich heute? () *sehr schlecht* () *schlecht* () *mittel* () *gut* () *sehr gut*

Was ist Ihr vorrangiges Anliegen, was wünschen Sie sich am meisten?

.....
.....

Konnten Sie diesen Fragebogen selbst ausfüllen? () *ja* () *zum Teil* () *nein*