

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:

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