

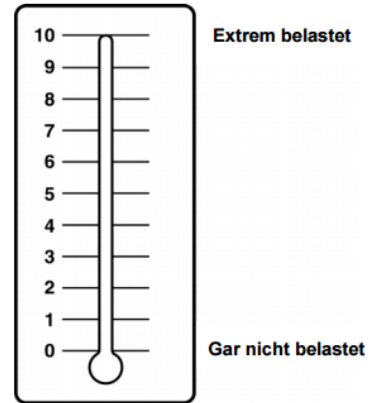
Brustzentrum Zürich, Bethanien & Zollikerberg Distress-Thermometer

Patientenangaben:

Datum:

Anleitung:

Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

Praktische Probleme	Ja	Nein
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit/Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beförderung (Transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiäre Probleme	Ja	Nein
Im Umgang mit dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit den Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emotionale Probleme	Ja	Nein
Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spirituelle/religiöse Belange	Ja	Nein
In Bezug auf Gott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust des Glaubens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperliche Probleme	Ja	Nein
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung/Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen, Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußeres Erscheinungsbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündungen im Mundbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen/Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderungen beim Wasser lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene/juckende Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene/verstopfte Nase alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln in Händen/Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeschwollen/aufgedunsen fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Probleme / Kommentare: