



Patient*in

Datum _____

Edmonton Symptom-Erfassungs System (ESAS-r)

Bitte umkreisen Sie die Nummer, die das Ausmass/die Stärke Ihrer Beschwerden **im Moment** beschreibt

												Kommentare	
Kein Schmerz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst möglicher Schmerz	
Keine Müdigkeit (Mangel an Energie)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Müdigkeit	
Keine Benommenheit (Schwindel/Schläfrigkeitsgefühl)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Benommenheit	
Keine Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Übelkeit	
Keine Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Appetitlosigkeit	
Keine Atemnot	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Atemnot	
Keine Depressivität (Gefühl von Traurigkeit)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Depressivität	
Keine Angst (Innere Unruhe/Nervosität)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliche Unruhe/Nervosität	
Bestes Wohlbefinden (Wie Sie sich insgesamt fühlen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliches Wohlbefinden	
Kein _____ Anderes Problem, z.B. Verstopfung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlimmst mögliches _____	

Ausgefüllt durch:

- Patient*in selbstständig
- Patient*in quantifiziert selbst, mit Unterstützung Angehöriger
- Patient*in quantifiziert selbst, mit Unterstützung Professioneller