



Name, Vorname des Bewohners/der Bewohnerin:

Geb.-Datum:

Datum							
Uhrzeit							
MIDOS	Schmerz	VRS 0= kein 1= leicht 2= mittel 3= stark					
	Übelkeit						
	Erbrechen						
	Luftnot						
	Verstopfung						
	Schwäche						
	Appetitmangel						
	Müdigkeit						
	Depressivität						
	Angst						
Befinden							
0 = sehr gut 1 = eher gut 2 = mittel 3 = eher schlecht 4 = sehr schlecht							
Art der Erhebung		<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Fremd <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Selbst
Therapien/ Bemerkungen							
Handzeichen							

