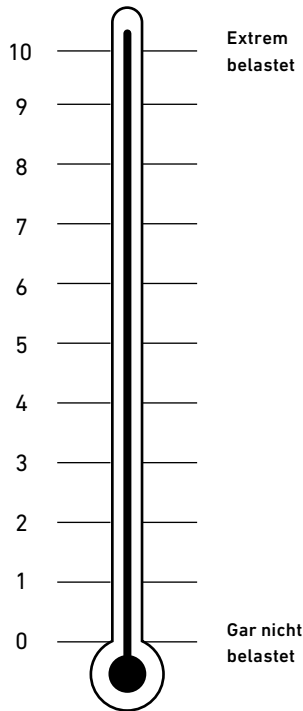


BELASTUNGS- THERMOMETER

Name _____

Geburtsdatum _____



- 1 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.
- 2 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.

		JA	NEIN
Praktische Probleme	Kinderbetreuung	<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"/>
	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Probleme	Im Umgang mit dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Im Umgang mit den Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale Probleme	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	In Bezug auf Gott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verlust des Glaubens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Probleme	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 Wasserlassen	<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	<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 _____

Quelle: NCCN 1.2005 Distress Management Guideline.
 © National Comprehensive Cancer Network. Alle Rechte vorbehalten.
 Deutsche Version: Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., Koch, U. (2006)
 Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers – Empirische
 Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer
 Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie,
 Psychologie und Psychotherapie, 54 (3), 213–223.

