

Psychoonkologische Basisdokumentation - Kurzform (PO-Bado-KF)

Untersucher:

Patient:

Datum:

*das seelische Befinden
von Krebspatienten*

PsychoOnkologische **Basis**dokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig	<input type="checkbox"/> Krank geschrieben	<input type="checkbox"/> Rente
	<input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Mamma	<input type="checkbox"/> HämATOlogische Erkrankungen (Leukämie etc.)	
	<input type="checkbox"/> Gyn. Tumore	<input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.)	
	<input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien	<input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome)	
	<input type="checkbox"/> Prostata/Hoden	<input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.)	
	<input type="checkbox"/> Colon/Rektum	<input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas	
	<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> Sonstige	
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) /.....	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung	<input type="checkbox"/> Zweitumor	<input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen
	<input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Remission	
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstige:.....
	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquilizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Skala 0-4)	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität		
	<input type="checkbox"/> 1 Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig		
	<input type="checkbox"/> 2 Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit		
	<input type="checkbox"/> 3 Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen		
	<input type="checkbox"/> 4 Patient ist ständig bettlägerig		
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Routinedokumentation (Aufnahme- /Routinegespräch)		
	<input type="checkbox"/> Vorausgewählter Patient (Zuweisung durch Behandler, Angehörige oder Patient selbst)		
	<input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Zwecke (Studie etc.)		

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten in den **letzten drei Tagen** beziehen.

Psychosoziale Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit.	<input type="checkbox"/>				
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>				
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>				
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>				
... weiteren Problemen, z.B. im sozialen / familiären Bereich.	<input type="checkbox"/>				

Indikation

	Ja	Nein
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>