Henvisning til ophold på Anker Fjord Hospice

Ansøger:

Navn :_____

Cpr.nr.: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Evt.: anden opholdsadresse: _____

Tlf.nr.: _____Mobil.nr._____

Egen læge: _____

Nærmeste pårørende:

Navn: _____ Relation: _____ Tlf.nr._____

Navn: _____ Relation: _____ Tlf.nr._____

Samtykkeerklæring:
Jeg giver tilladelse til, at Anker Fjord Hospice kan indhente mine helbredsoplysninger.

Dato: _____ Patientens underskrift _____

Beskrivelse af sygdomsforløb:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Hvilke ønsker har patient til indsats og ophold på Anker Fjord Hospice?:

_____
_____
_____
_____
_____

Dato: _____ Ansøgers underskrift: _____

EORTC QLQ-C15-PAL

Vi er interesserede i at vide noget om dig og dit helbred. Vær venlig at besvare alle spørgsmålene selv ved at sætte en ring omkring det svar (tal), som passer bedst på dig. Der er ingen "rigtige" eller "forkerte" svar. De oplysninger, som du giver os, vil forblive strengt fortrolige.

Der er forskel på, hvordan patient, pårørende og personale oplever tingene. Disse spørgsmål handler om din oplevelse. Er der brug for det, må personalet gerne hjælpe med at læse spørgsmål/svar eller skrive svar. Svarene skal dog komme fra dig selv, uden at personalet hjælper dig med at finde frem til svarene. De pårørende må ikke hjælpe med besvarelsen.

Patientnr. / CPR-nr. / Evt. patientlabel |—|—|—|—|—|—|

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år): |—|—|—|—|—|—|

	Slet ikke	**Lidt**	**En del**	**Meget**
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en kort tur udendørs?	1	2	3	4
2. Er du nødt til at ligge i sengen eller at sidde i en stol om dagen?	1	2	3	4
3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toilettet?	1	2	3	4

I den forløbne uge:

	Slet ikke	**Lidt**	**En del**	**Meget**
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4
6. Har du haft besvær med at sove?	1	2	3	4
7. Har du følt dig svag?	1	2	3	4
8. Har du savnet appetit?	1	2	3	4
9. Har du haft kvalme?	1	2	3	4

Vær venlig at fortsætte på næste side

I den forløbne uge:	**Slet ikke**	**Lidt**	**En del**	**Meget**
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4
11. Var du træt?	1	2	3	4
12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4

Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?

1	2	3	4	5	6	7
Meget dårlig						Særdeles god

16. Har du haft andre væsentlige symptomer eller problemer, som ikke er nævnt i spørgsmålene ovenfor?

☐ Nej
☐ Ja. Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv, I hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge:

I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft:	**Slet ikke**	**Lidt**	**En del**	**Meget**
Symptom/problem A: _____	1	2	3	4
Symptom/problem B: _____	1	2	3	4
Symptom/problem C: _____	1	2	3	4

Besvarede du spørgeskemaet:
□ Uden hjælp fra personale *eller*
□ Med hjælp fra personale?

© Copyright 1995 and 2003 EORTC Study Group on Quality of Life. All rights reserved.