
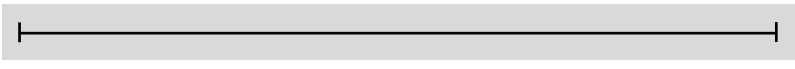


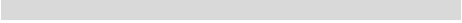




























































































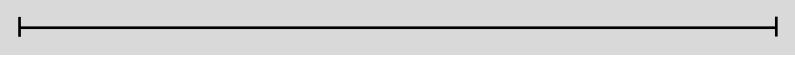


<p><input type="checkbox"/> Sativaöl 1% [E] <input type="checkbox"/> Dronabinol-Lsg. [Tr.] <input type="checkbox"/> Cannabis-Tinktur [Tr.] <input type="checkbox"/> Sativex® [Hübe] <input type="checkbox"/></p>	<p>Anwendung: Sublingual <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/></p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Morgens</th><th>Mittags</th><th>Abends</th><th>Nachts</th><th>Tagesdosis THC [mg]</th><th>Tagesdosis CBD [mg]</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.Tag</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.Tag</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.Tag</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.Tag</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.Tag</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.Tag</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Tagesdosis THC [mg]	Tagesdosis CBD [mg]	1.Tag							2.Tag							3.Tag							4.Tag							5.Tag							6.Tag						
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Tagesdosis THC [mg]	Tagesdosis CBD [mg]																																												
1.Tag																																																		
2.Tag																																																		
3.Tag																																																		
4.Tag																																																		
5.Tag																																																		
6.Tag																																																		
<p>Eindosierung:</p> <p>Eventuelle Zusatzmedikation:</p> <p>Besonderes: (z.B. Beobachtung/ Beurteilung der anderen Beschwerden)</p>	<p>Therap. effektive Dosierung/Tag nach Eindosierung: THC <input type="checkbox"/> [mg] CBD <input type="checkbox"/> [mg]</p> <p>Eindosierungszeit: <input type="checkbox"/> [Tage]</p> <table border="1"><thead><tr><th>Spezialitäten-Name</th><th>Dosierung</th><th>Morgens</th><th>Mittags</th><th>Abends</th><th>Nachts</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p><input type="checkbox"/></p>	Spezialitäten-Name	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts																																											
Spezialitäten-Name	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts																																													
<p>Erfassung der Symptome unter Therapie</p> <p>Intensität der Hauptbeschwerden:</p>	<p>Tag <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr <input type="checkbox"/></p> <p>VAS-Skala von Symptom 1: <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0 10</p> <p>VAS-Skala von Symptom 2: <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0 10</p> <p>VAS-Skala von Symptom 3: <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0 10</p> <p>0 = Keine Intensität 10 = Stärkste vorstellbare Intensität</p>																																																	

Einfluss der Beschwerden auf die Lebensqualität:	<p>VAS-Skala von Symptom 1: </p>  <p>0 10</p> <p>VAS-Skala von Symptom 2: </p>  <p>0 10</p> <p>VAS-Skala von Symptom 3: </p>  <p>0 10</p> <p>0 = Lebensqualität nicht beeinträchtigt 10 = Lebensqualität maximal beeinträchtigt</p>																																												
Aufgetretene Nebenwirkungen  Keine	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Leicht</th> <th style="width: 25%;">Mittel</th> <th style="width: 25%;">Stark</th> <th style="width: 25%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Schwindel</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Trockene Schleimhaut, wo:</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Übelkeit</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Gedächtnis</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Kopfschmerzen</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Konzentration</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Benommenheit</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Halluzinationen</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Andere</td> </tr> <tr> <td> 1</td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td>Andere</td> </tr> </tbody> </table> <p>Beobachtungen / Besonderes:</p> <div style="background-color: #cccccc; height: 60px; width: 100%;"></div>	Leicht	Mittel	Stark		 1	 2	 3	Schwindel	 1	 2	 3	Trockene Schleimhaut, wo:	 1	 2	 3	Übelkeit	 1	 2	 3	Gedächtnis	 1	 2	 3	Kopfschmerzen	 1	 2	 3	Konzentration	 1	 2	 3	Benommenheit	 1	 2	 3	Halluzinationen	 1	 2	 3	Andere	 1	 2	 3	Andere
Leicht	Mittel	Stark																																											
 1	 2	 3	Schwindel																																										
 1	 2	 3	Trockene Schleimhaut, wo:																																										
 1	 2	 3	Übelkeit																																										
 1	 2	 3	Gedächtnis																																										
 1	 2	 3	Kopfschmerzen																																										
 1	 2	 3	Konzentration																																										
 1	 2	 3	Benommenheit																																										
 1	 2	 3	Halluzinationen																																										
 1	 2	 3	Andere																																										
 1	 2	 3	Andere																																										
Bewertung	<p>Wirksamkeit (VAS)</p>  <p>0 10</p> <p>0 = Unwirksam 10 = Beste Wirkung</p>																																												

	Verträglichkeit <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht Grund/Gründe: <input type="text"/>
Therapieabbruch:	Falls Therapieabbruch: Tag <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr <input type="checkbox"/> Grund/Gründe: <input type="text"/> Dosierung/d bei Abbruch: THC <input type="checkbox"/> [mg] CBD <input type="checkbox"/> [mg]
Datum: Behandelnder Arzt: Für ev. Rückfragen bei der Auswertung:	Tag <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr <input type="checkbox"/> Name / Praxisstempel <input type="text"/> Ort <input type="text"/> ✉ <input type="text"/> @ <input type="text"/> ☎ <input type="text"/> - <input type="text"/> ☎ <input type="text"/> - <input type="text"/> Bitte Protokoll retournieren an: ☎ 071 494 63 89 oder ✉ muskel-als@kssg.ch Die Daten werden vertraulich behandelt Herzlichen Dank für das Mitmachen!

Vers. 2015-07-29_sacm

Einverständniserklärung:

Ich wurde darüber informiert und bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Befragung erhobenen Angaben/Daten auf diesem Dokumentationsbogen und auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung in pseudonymisierter Form (d.h. verschlüsselt ohne Nennung meines Namens und meiner Anschrift) zur wissenschaftlichen Auswertung und Qualitätsprüfung der medizinischen Versorgung verwendet werden können.

Ort: Datum:

Unterschrift Patient/Patientin: