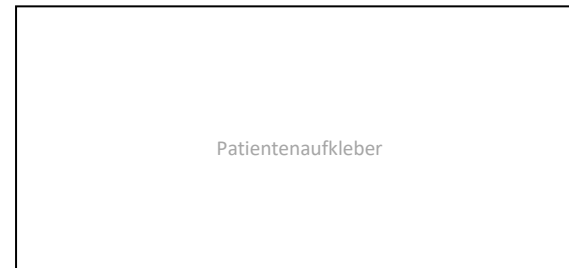


Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da sie uns zur Beurteilung Ihrer Erkrankungssituation und zur Planung der anstehenden Behandlung wichtige Zusatzinformationen geben. Zutreffendes bitte ankreuzen!



1. Größe _____ cm und **aktuelles Gewicht** _____ kg.

Haben Sie in der letzten Zeit an **Gewicht abgenommen**? Nein Ja

Wenn **ja**, wie viel _____ kg, in welcher **Zeitspanne** _____?

Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**? Nein Ja, _____ (Bier?, Wein?, sonstiges?)

Rauchen Sie? Nie-Raucher Nichtraucher seit _____ Ja, _____ Zigaretten/Zigarillo / **Tag** E-Zigarette Pfeife

Haben Sie eine der folgenden **Verfügungen**? Patientenvollmacht Patientenverfügung Betreuungsverfügung

2. Familie: Sie sind: ledig verheiratet getrennt lebend **Anzahl Kinder:** _____

Gab es in Ihrer Familie (nur Eltern, Geschwister, Kinder) **bösartige Erkrankungen** (sog. Tumoren, Karzinome)? Nein Ja

Wenn **ja**, wer und welche Erkrankung/-en? _____

3. Wie ist Ihre derzeitige Leistungsfähigkeit?

Sie leben ...

<input type="checkbox"/> volle Leistungsfähigkeit, keine Einschränkungen	<input type="checkbox"/> ... allein
<input type="checkbox"/> geringe Einschränkung, leichte Arbeit möglich, Antriebsminderung	<input type="checkbox"/> ... in einem Haushalt mit mehreren Personen
<input type="checkbox"/> starke Müdigkeit, Kraftlosigkeit, fehlender Antrieb	<input type="checkbox"/> ... Altenheim
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig, keine Belastung möglich, überwiegend an Stuhl u./o. Bett gebunden	<input type="checkbox"/> ... betreutes Wohnen
<input type="checkbox"/> bettlägerig und pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> ... Pflegeheim <input type="checkbox"/> mit Pflegegrad _____

Haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> Schmerzen sind gering, aber man nimmt sie langsam mehr wahr
<input type="checkbox"/> mittlere Schmerzen, die sich langsam auf das Befinden auswirken
<input type="checkbox"/> stärkere Schmerzen, störend, aber noch immer auszuhalten
<input type="checkbox"/> sehr starke Schmerzen, Unruhe, verbunden mit dem unbändigen Wunsch nach Linderung der Schmerzen
<input type="checkbox"/> unerträgliche Schmerzen, diese können mit Aggressionen, Depressionen verbunden sein

**Bitte wenden –
Rückseite!**

4. Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie am längsten ausgeübt? _____

5. Haben Sie einen Röntgenpass? Nein Ja **Letzte Röntgenuntersuchung:** am _____ in _____

6. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen oder Therapien? Zum Schluss benötigen wir Ihren **Medikamentenplan!**

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung, z. B. Rhythmusstörungen, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Chronische Lungen- oder Bronchialerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma oder rheumaähnliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychiatrische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Frühere Tumorerkrankungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche + Jahr?			
Frühere Operationen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche + Jahr?		Strahlentherapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann und wo?	
Chemo- / Antikörper- / Immuntherapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann und wo?		Allergien: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Substanz(en):	
Ihr Medikamentenplan: bitte alle Präparate angeben, insb. Tabletten, Salben, Sprays, Tropfen – mit Einnahmezeit Bitte geben Sie auch alternative Heilmethoden an (z. B. Vitamine, Naturheilprodukte, Zusatzernährungsmittel etc.)			
od. Kopie beilegen			