UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

UCCSH | Universitäres Cancer Center Schleswig-Holstein

UKSH, Universitäres Cancer Center Schleswig-Holstein
Komplementär-integrative Medizin (KompIntMed)
Haus Nr. V73, Ratzeburger Allee 160, 23536 Lübeck

Komplementär-integrativ-medizinische Sprechstunde

Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihre Anmeldung zur komplementär-integrativmedizinischen Beratung.
Wir bitten Sie das folgende Dokument genau durchzulesen und auszufüllen.

Diese Vorarbeit hilft uns und bietet den Vorteil, dass wir gemeinsam ein individuelles Behandlungskonzept für Sie erstellen können!
Die Fragen beziehen sich auf die gegenwärtige Situation.
Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben mit zum Gesprächstermin:

UK SH, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
☐ *Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie), Brustzentrum (Haus A, Nebeneing. Ost)*
☐ *Klinik für Hämatologie und Onkologie (HÄON), Ambulanz (Haus A)*

Aus rechtlichen Gründen bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie eine Beratung auf eigene Verantwortung wünschen und eingehen.
Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt und können zu Forschungszwecken verwendet werden. Ihre Daten werden nicht an dritte Personen weitergegeben. Einzeldaten werden nur in statistisch zusammengefasster Form dargestellt. Die Auswertung und Darstellung erfolgt pseudoanonymisiert!

☐ Gynäkologie (UKSH, Campus HL) ☐ Hämatologie/Onkologie (UKSH, Campus HL) ☐ Extern

Name: Geburtsdatum:
Adresse:
Kontakt (Telefon, Email etc.):

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen, sofern vorhanden, mit zum Gesprächstermin:

☐ gültigen Überweisungsschein
☐ Befunde (Arztbrief, Laborberichte, etc.)
☐ Medikationsplan
☐ aktuelle Nahrungsergänzungsmittel, freiverkäufliche Arzneimittel, etc. (Packungen oder Liste)

Zu welchem/n Symptom/en bzw. welcher/n komplementärmedizinischen Maßnahme/n wünschen Sie eine Beratung?

☐ Symptom(e):

☐ Komplementärmedizinische Maßnahme(n):

ggf. konkrete Fragestellung:

Wie schätzen Sie derzeit Ihre *allgemeine* Lebenssituation ein?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unerträglich										**Traumhaft**

Hatten Sie eine/mehrere der folgenden Nebenwirkungen? Wenn ja, in welcher Intensität?
(***nur*** *ausfüllen, wenn Sie die jeweilige Therapieform erhalten haben*)

☐ **Nein**, ich bin weder operiert noch habe ich eine Therapie angefangen

Wenn ***nein***, welche Maßnahmen sind bereits geplant (*Mehrfachantworten möglich*):

☐ OP (am:_____) ☐ Chemo-/Immuntherapie (am:_____) ☐ Strahlentherapie (am:_____) ☐ Hormontherapie (am:_____)

a) bei Operation

Haarausfall	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schleimhautentzündungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Übelkeit und Erbrechen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Durchfall	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Appetitlosigkeit	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Fatigue /chronische Erschöpfung	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Hitzewallungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schweißausbrüche	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Hand-Fuß-Syndrom	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schlafstörungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Depressive Verstimmungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Trockenheit der Schleimhäute	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Missempfindungen der Nerven	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Gliederschmerzen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Lustlosigkeit (sexuell)	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Andere: _____	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer

©Jörg Riedl

UK SH Wissen schafft Gesundheit

b) bei Chemotherapie / Immuntherapie

Haarausfall	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schleimhautentzündungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Übelkeit und Erbrechen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Durchfall	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Appetitlosigkeit	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Müdigkeit / Fatigue	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Hitzewallungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schweißausbrüche	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Hand-Fuß-Syndrom	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schlafstörungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Depressive Verstimmungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Trockenheit der Schleimhäute	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Missempfindungen der Nerven	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Gliederschmerzen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Lustlosigkeit (sexuell)	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Andere: _____	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer

c) bei antihormoneller Therapie

Haarausfall	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schleimhautentzündungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Übelkeit und Erbrechen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Missempfindungen der Nerven	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Appetitlosigkeit	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Müdigkeit / Fatigue	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Hitzewallungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schweißausbrüche	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Depressive Verstimmungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schlafstörungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Trockenheit der Scheide	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Trockenheit der Schleimhäute	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Wassereinlagerungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Glieder- / Gelenkschmerzen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Lustlosigkeit (sexuell)	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Andere: _____	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer

d) bei Strahlentherapie

Müdigkeit / Fatigue	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Hautrötungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Hautschwellungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Verbrennungen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schmerzen Arm	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schmerzen Brust / Brustwand	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Reizhusten	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schluckbeschwerden	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Bewegungseinschränkung Arm	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer

©Jörg Riedl

Bewegungseinschränkung Brust / Brustwand	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schwellung Arm	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Schwellung Brust / Brustwand	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Missempfindungen der Nerven	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Gliederschmerzen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Übelkeit / Erbrechen	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer
Andere: _____	O nie	O mild	O mäßig	O schwer	O sehr schwer

Welche Beschwerden (erkrankungs- und therapiebedingt) schränken Sie *aktuell* am meisten ein? (die *vier* *wichtigsten Beschwerden*)

1._____	O *immer*	O *oft*	O *gelegentlich*	O *selten*
	O sehr stark	O stark	O mittel	O schwach
2._____	O *immer*	O *oft*	O *gelegentlich*	O *selten*
	O sehr stark	O stark	O mittel	O schwach
3._____	O *immer*	O *oft*	O *gelegentlich*	O *selten*
	O sehr stark	O stark	O mittel	O schwach
4._____	O *immer*	O *oft*	O *gelegentlich*	O *selten*
	O sehr stark	O stark	O mittel	O schwach

Welche Ziele wollen Sie mit einer komplementären Maßnahme *kurzfristig* erreichen?
(die **drei** wichtigsten Ziele)

- ☐ Symptome der Krebserkrankung lindern
- ☐ das Immunsystem verbessern/stärken
- ☐ keine Chance/Möglichkeit auslassen
- ☐ die Nebenwirkungen der Therapie/einer geplanten Therapie zu verringern
- ☐ eine bessere Wirkung der Krebstherapie zu erlangen
- ☐ Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung
- ☐ Körper, Geist und Seele in Einklang bringen (stabilisieren)
- ☐ Verbesserung der durch die Krebserkrankung eingeschränkten Lebensqualität
- ☐ Verzögerung des Wiederauftretens (Rezidiv) der Krebserkrankung
- ☐ Verlängerung der Lebenszeit
- ☐ andere: _____

Welche Ziele wollen Sie mit einer komplementären Maßnahme *langfristig* erreichen?
(die **drei** wichtigsten Ziele)

- ☐ Symptome der Krebserkrankung lindern
- ☐ das Immunsystem verbessern/stärken
- ☐ keine Chance/Möglichkeit auslassen
- ☐ die Nebenwirkungen der Therapie zu verringern
- ☐ eine bessere Wirkung der Krebstherapie zu erlangen
- ☐ Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung
- ☐ Körper, Geist und Seele in Einklang bringen (stabilisieren)
- ☐ Verbesserung der durch die Krebserkrankung eingeschränkten Lebensqualität
- ☐ Verzögerung des Wiederauftretens (Rezidiv) der Krebserkrankung
- ☐ Verlängerung der Lebenszeit
- ☐ andere: _____

©Jörg Riedl

Werden Sie derzeit mit einer komplementärmedizinischen Therapie behandelt?
☐ja ☐nein

a) Wenn ja, welche? (*Mehrfachantworten möglich*)

☐ Vitamine/Mineralstoffe	☐ (Heil)Kräuter	☐ Nahrungsergänzungsmittel
☐ Massage	☐ Chiropraktik	☐ Pilates
☐ Osteopathie	☐ Physiotherapie	☐ Meditation
☐ Tai Chi	☐ Akupunktur	☐ Qi Gong
☐ Yoga	☐ Musik-/Kunsttherapie	☐ Atemübungen
☐ Ozontherapie	☐ Lichttherapie	☐ Homöopathie
☐ Misteltherapie	☐ Hypnotherapie	☐ Ayurveda
☐ Hyperthermie	☐ Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)	

☐ andere: _____

b) Wenn ja, durch wen wird diese Behandlung durchgeführt?

☐ Hausarzt/-ärztin	☐ Onkologe/-in	☐ Heilpraktiker/-in

☐ andere: _____

Nehmen Sie derzeit zusätzlich Medikamente gegen andere Erkrankungen ein?
☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, welche?

Medikament	**Dosierung** ***(z.B. 5mg)***	**Häufigkeit (*Morgens-Mittags-Abends-Nachts; z.B. 1-0-0-0)***

Nehmen Sie derzeit zusätzlich Nahrungsergänzungsmittel bzw. freiverkäufliche Arzneimittel ein *(z.B. Vitamine, Spurenelemente, Enzyme, Probiotika, Pflanzentherapie, Schüßler Salze, Homöopathie, Heilpilze)*?
☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, welche?

Medikament	**Dosierung** ***(z.B. 5mg)***	**Häufigkeit (*Morgens-Mittags-Abends-Nachts; z.B. 1-0-0-0)***

©Jörg Riedl

Kommentar / Ergänzungen

☐ Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben zu Forschungszwecken verarbeitet werden
☐ Ich stimme *nicht* zu

Ort	Datum	Name und Unterschrift der/s Patientin/en
_____	Tag Monat Jahr	

©Jörg Riedl