

MVZ für Strahlentherapie am Klinikum Bayreuth

Prof. Dr. med. J. Willner

Dr. med. W. Melzner

Dr. med. H. Zoske

MVZ Strahlentherapie am Standort Kulmbach

Dr. med. C. Anhut

Dr. med. J. Kosne Szabo

Patientenfragebogen:

Wir bitten unsere Patienten sehr herzlich nachstehende Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit sehr. Vielen Dank

Name:

Vorname:

Geburtsdatum

Beruf:

Anschrift:

Telefonnummer (mit Vorwahl)

Angehörige (bitte Name und Telefonnummer mit Vorwahl)

Krankenkasse:

E-Mail-Adresse:

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Ja, welche

Nein

Falls stationäre Aufnahme erforderlich:

Privatstation

Allgeminstation

Bei Privatvers.: Reduzierter Tarif (z.B. Basis, Standard)?

Ja

Nein

Name des Hausarztes:

Sonstige Ärzte:

Waren Sie schon einmal wegen Ihrer jetzigen Erkrankung stationär gelegen?

Ja, wann?
 Nein

wo?

Wurden Sie schon einmal bestrahlt?

Ja, wann?

wo?

Wurde Ihnen bereits ein Nachsorgekalender ausgehändigt? (nur für Krebspatienten auszufüllen)

Ja

Nein

Leiden Sie an „Platzangst“?

Ja

Nein

Vielleicht

Haben Sie Allergien?

Nehmen Sie Medikamente?

Haben Sie Schmerzen?

Ja

Nein

Tragen Sie den Schmerz auf dieser Skala auf:

Kein 1 2 3 4 5 6 7 8 9 extrem stark

Fragen zur Ernährungssituation:

Größe: _____ Gewicht: _____

Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?

War die Nahrungszufuhr in den vergangenen Monaten vermindert?

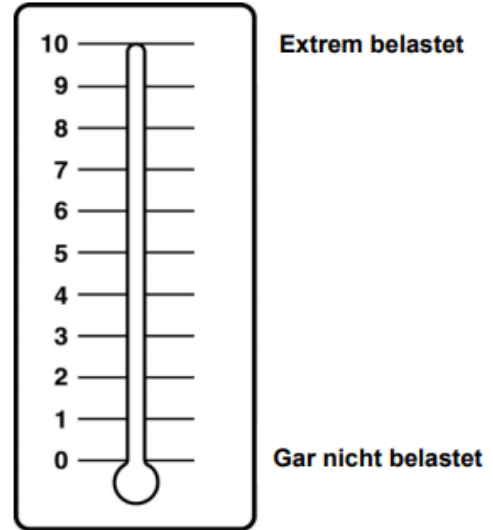
Bestehen chronische Wunden? An welcher Stelle? _____

MVZ Strahlentherapie am Standort Kulmbach
 Dr. med. C. Anhut
 Dr. med. J. Koosne Szabo

Seite 2 nur für Krebspatienten auszufüllen!

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA NEIN

Praktische Probleme

- Wohnsituation
- Versicherung
- Arbeit/Schule
- Beförderung (Transport)
- Kinderbetreuung

Familiäre Probleme

- Im Umgang mit dem Partner
- Im Umgang mit den Kindern

Emotionale Probleme

- Sorgen
- Ängste
- Traurigkeit
- Depression
- Nervosität
- Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten

Spirituelle/religiöse Belange

- In Bezug auf Gott
- Verlust des Glaubens

JA NEIN

Körperliche Probleme

- Schmerzen
- Übelkeit
- Erschöpfung
- Schlaf
- Bewegung/Mobilität
- Waschen, Ankleiden
- Äußeres Erscheinungsbild
- Atmung
- Entzündungen im Mundbereich
- Essen/Ernährung
- Verdauungsstörungen
- Verstopfung
- Durchfall
- Veränderungen beim Wasser lassen
- Fieber
- Trockene/juckende Haut
- Trockene/verstopfte Nase
- Kribbeln in Händen/Füßen
- Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
- Gedächtnis/Konzentration
- Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____

Was wäre aus Ihrer Sicht gegenwärtig für Sie hilfreich? (Mehrfachnennungen möglich)
Gespräch mit: