		r	ratientendaten
Formular zur t	elefonischen Nachso	rgeabfrage	
Vorbereitung des Bestrahlungsindika	Gesprächs		
Bestrahlungsdosis/	Besonderheiten/Technik_		
Bestrahlungsende I	Oatum		
Letzter Kontakt hie	r		
Dabei vermerkt:	Remissionsstatus (Tu	morbefund)	
	Nebenwirkungen	· 	
	Sonstige Beschwerder	n	
Datum des Ausscho Grund des Ausscho AZ zu schlo Ablehnung Erreichbark	idens (bitte ankreuzen)	`elefon, keine Stimme)	
Wie geht es Ihnen g gut nicht gut wegen an	Anwort markieren, ggf. ogesundheitlich? derer Erkrankungen letzten Kontrolluntersuc	nicht gut wg. der K nicht gut wg. ander	rebserkrankung er Umstände
Welches Ergebnis v Kein Tumornachwe Tumorrest, nach Be keine Veränderung neu aufgetretene M	(Datum, Zeitraum wurde Ihnen mitgeteilt? Veis) Wissen Sie spezielle W (kompl. (partiell (no char achsen (Progre,	Verte dazu? Remission, CR) Se Remission, PR) Suge, NC)
	t eine Behandlung bei Kı ja, wissen Sie welche, u	•	normone, Chemotherapie, ?
Sind Sie oft sehr m Ja, überwiegend	üde und abgeschlagen? ja, manchmal	eher selten	Zielkriterium: Fatigue nein
Sind Sie mit Ihrer (Ja, überwiegend	Gesundheit in der letzten ja, manchmal	Zeit insgesamt zufried eher weniger	en? Zielkriterium: QoL nein
	Leistungsfähigkeit in der	letzten Zeit insgesamt	zufrieden? Zielkriterium: Qol

Patientendaten

Sehr geehrte, liebe Patientin, sehr geehrter, lieber Patient!

Sie sind vor einiger Zeit in unserer Abteilung mit Strahlentherapie behandelt worden. Die Behandlung war für Sie hoffentlich erfolgreich. Wir sind sehr daran interessiert zu erfahren, wie es Ihnen heute geht. Darüber hinaus sind wir gesetzlich verpflichtet zu erfragen, wie der weitere Verlauf der Erkrankung war und ob bei Ihnen späte Nebenwirkungen der Bestrahlung aufgetreten sind. Darum möchten wir Sie bitten, die beiliegenden Fragen zu beantworten und zurückzuschicken. Sie finden anbei die Fragebögen und einen frankierten Rückumschlag.. Bitte beachten Sie auch die Rückseite der Bögen! Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft; gern können Sie auch Kommentare ergänzen.

Leider kann ein solcher Fragebogen nicht so persönlich formuliert sein, dass er jeder Situation gerecht wird. Manche Frage wird vielleicht nicht ganz genau auf Ihre Situation zutreffen. Sollten durch diesen Brief Fragen auftauchen, melden Sie sich doch gern telefonisch bei uns; das gilt auch für Angehörige. Wenn Sie die weitere Befragung ablehnen, bitten wir Sie, nur den ersten Abschnitt (Ausscheiden aus der Nachsorge) auszufüllen und zurückzusenden; dann werden wir Ihnen keine weiteren Fragen schicken. Sonst werden Sie ihn in größeren Abständen erneut erhalten. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und alles Gute!

Erfassung eines Ausscheidens aus der Nachsorge

Datum des Ausscheidens

Grund des Ausscheidens (bitte ankreuzen)

Mir/meinem Angehörigen geht es sehr schlecht; ich wünsche keine weiteren Abfragen Ich will nicht weiter von Ihnen angeschrieben/angerufen werden.

Ich möchte keine Fragebögen ausfüllen, bin aber einverstanden, dass Sie mich anrufen Mein Angehöriger ist verstorben, der zuständige Arzt war:

Allgemeiner Teil

Datum des Ausfüllens:

Bitte jeweils gültige Anwort markieren, ggf. ergänzenden Freitext an den Rand schreiben! Wie geht es Ihnen gesundheitlich?

gut nicht gut wg. der Krebserkrankung nicht gut wegen anderer Erkrankungen nicht gut wg. anderer Umstände

Wann erfolgten die letzten Kontrolluntersuchungen bezüglich Ihrer Krebserkrankung? _____(Datum, Zeitraum)

Welches Ergebnis wurde Ihnen mitgeteilt? Wissen Sie spezielle Werte dazu?

Kein Tumornachweis

Tumorrest, nach Behandlung kleiner keine Veränderung durch letzte Therapie neu aufgetretene Metastasen/Tumor ist gewachsen

noch nicht gemacht/länger als 1 Jahr her

Erhalten Sie derzeit eine Behandlung bei Krebserkrankung? (Antihormone, Chemotherapie, Antikörper)? Wenn ja, wissen Sie welche, und seit wann ungefähr?

Sind Sie oft sehr müde und abgeschlagen?

Ja, überwiegend ja, manchmal eher selten nein

Sind Sie mit Ihrer Gesundheit in der letzten Zeit insgesamt zufrieden?

Ja, überwiegend ja, manchmal eher weniger nein

Sind Sie mit Ihrer Leistungsfähigkeit in der letzten Zeit insgesamt zufrieden?

Ja, überwiegend ja, manchmal eher weniger nein

Fragebogen bei Bestrahlung im Becken (Telefon)

Fragen zu Nebenwirkungen der Bestrahlung an der Haut im ehemals bestrahlten Areal

Haben Sie Hautveränderungen im Bestrahlungsbereich? Nein Verfärbung Verhärtung Geschwür Ist im Bestrahlungsbereich eine Schwellung (Lymphstau) aufgetreten? Nein ein wenig sehr stark Finden sich andere Auffälligkeiten in diesem Bereich? Nein ja, welche: Fragen zu Nebenwirkungen nach Bestrahlung im Becken Pat hat ein Colostoma / Ileostoma / Urostoma / kein Stoma (ggf. Fragen modifizieren!!) Haben Sie Blut- oder Schleimabgang beim Stuhlgang? Zielkriterium: Proktitis Nein ein wenig sehr stark Haben Sie Durchfall? Zielkriterium: Proktitis Nein ein wenig sehr stark Können Sie Stuhlgang bei Druck zurückhalten oder kommt er ungewollt? Zielkriterium: Shinkterf. nur bei festem Stuhl Ja, zurückhalten immer möglich kommt oft ungewollt Haben Sie vermehrten Drang zum Wasserlassen (weniger als 1h Interv)? Zielkriterium: Zystitis Nein ein wenig sehr stark/ständig Wie oft stehen Sie nachts auf zum Wasserlassen? Zielkriterium: Zystitis ____ mal Benötigen Sie Vorlagen wg. unkontrolliertem Harnabgang? Zielkriterium: Zystitis Ja _____nachts und ____tags nur zur Sicherheit nein, gar nicht Haben Sie Blutbeimengungen zum Wasserlassen? Zielkriterium: Zystitis Nein ein wenig sehr stark Müssen Sie zum Wasserlassen pressen? Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, es sei noch Urin in der Blase und Sie könnten eigentlich sofort noch mal? Zielkriterium: Obstr. Nein ein wenig sehr stark Wenn Beschwerden vorhanden sind: erhalten Sie dafür eine Therapie? Nein, aber ich hätte gern Hilfe nein,nicht nötig ia Wirksamkeit? _____ Wenn ja, welche Therapie?____ Beurteilung durch den Arzt Datum, Unterschrift

Fragebogen bei Bestrahlung im Becken

Haben Si	e Hautveränderungen im I	Bestrahlungsbereich?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Be Nein	strahlungsbereich eine Sch	nwellung (Lymphstau) aufgetre ein wenig	eten? sehr stark
Finden si <i>Nein</i>	ch andere Auffälligkeiten ja, welche:	in diesem Bereich?	
Diese Fre		Bestrahlung im Becken it künstlichem Ausgang nur z für Sie nicht in Frage kommt	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
Haben Si <i>Nein</i>	e Blut- oder Schleimabgar	ng beim Stuhlgang? ein wenig	sehr stark
Haben Si <i>Nein</i>	e Durchfall?	ein wenig	sehr stark
		nrückhalten oder kommt er ung nur bei festem Stuhl	
Haben Si <i>Nein</i>	e vermehrten Drang zum V	Wasserlassen (weniger als 1h z ein wenig	wischen 2x Drang)? sehr stark/ständig
Wie oft s	tehen Sie nachts auf zum V mal	Wasserlassen?	
_	n Sie Vorlagen wg. unkom nachts undtag		nein, gar nicht
Haben Si <i>Nein</i>	e Blutbeimengungen zum	Wasserlassen? ein wenig	sehr stark
noch Urii		sen? Haben Sie nach dem Was nten eigentlich sofort noch ma	1?
Nein		ein wenig	sehr stark
	schwerden vorhanden sin er ich hätte gern Hilfe	nd: erhalten Sie dafür eine Th nein,nicht nötig	erapie? ja
Wenn ja, w	elche Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilu Datum, Un	ing durch den Arzt iterschrift Ko	ommentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung am Brustkorb

Haben Sie	e Hautveränderungen im Be	estrahlungsbereich?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Bes <i>Nein</i>	strahlungsbereich eine Schv	vellung (Lymphstau) aufgetreten ein wenig	? sehr stark
Finden sie Nein	ch andere Auffälligkeiten ir <i>ja, welche:</i>	n diesem Bereich?	<u> </u>
Fragen z	u Nebenwirkungen nach l	Bestrahlung im Bereich des Bru	ıstkorbes
Haben Sie Nein	e Husten, Luftnot oder Aus	wurf? ein wenig	Zielkriterium: Lungenfibrose sehr stark
Haben Sie Nein	e Schluckbeschwerden? (es	geht nicht richtig durch) ein wenig	Zielkriterium:Ösoph-Stenose sehr stark
Haben Sie Nein	e neu aufgetretene Herzbeso	chwerden? ein wenig	Zielkriterium: kardiale NW sehr stark
Haben Sie Nein	e an Schmerzen am Brustko	orb? ein wenig	Zielkriterium: Knochensch. sehr stark
	ie Treppen steigen? wierigkeit	nur mit Pause	Zk: Globalefunktion nein
Wenn Be	schwerden vorhanden sind	l: erhalten Sie dafür eine Therap	pie?
Nein, abe	r ich hätte gern Hilfe	nein,nicht nötig	ja
Wenn ja, w	elche Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilu	ng durch den Arzt		
Datum, Un		nmentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung am Brustkorb

Haben Si	e Hautveränderungen im	Bestrahlungsbereich?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Be Nein	strahlungsbereich eine Sch	nwellung (Lymphstau) aufgetreten? ein wenig	sehr stark
Nein	ch andere Auffälligkeiten	in diesem Bereich?	ja,
Fragen z	u Nebenwirkungen nach	Bestrahlung im Bereich des Bru	stkorbes
Haben Si Nein	e Husten, Luftnot oder Au	iswurf? ein wenig	sehr stark
Haben Si Nein	e Schluckbeschwerden? (es geht nicht richtig durch) ein wenig	sehr stark
Haben Si Nein	e neu aufgetretene Herzbe	eschwerden? ein wenig	sehr stark
Haben Si Nein	e an Schmerzen am Brust	korb? ein wenig	sehr stark
	Sie Treppen steigen? wierigkeit	nur mit Pause	nein
Wenn Be	schwerden vorhanden si	ıd: erhalten Sie dafür eine Therap	ie?
Nein, abe	r ich hätte gern Hilfe	nein, nicht nötig	ja
Wenn ja, w	elche Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilu Datum, Un	ng durch den Arzt terschrift K	ommentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung der Extremitäten

Haben Sie	Hautveränderungen im	Bestrahlungsbereich?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Bes Nein	trahlungsbereich eine Sc	hwellung (Lymphstau) aufgetrete ein wenig	en? sehr stark
Finden sic Nein	ch andere Auffälligkeiten <i>ja, welche:</i>	in diesem Bereich?	
Fragen zı	ı Nebenwirkungen nacl	n Bestrahlung an den Extremit	äten
Haben Sie Nein	an der bestrahlten Extre	mität eine Verhärtung? ein wenig	Zielkriterium. Fibrose sehr stark
Haben Sie Nein	an der bestrahlten Extre	mität eine Schwellung? ein wenig	Zielkriterium: Ödem sehr stark
Haben Sie Nein	an der bestrahlten Extre	mität eine verminderte Kraft? ein wenig	Zielkriterium: Funktion sehr stark
Haben Sie Nein	an der bestrahlten Extre	mität eine verminderte Beweglic ein wenig	hkeit? Zielkr. Funktion sehr stark
	e an der bestrahlten Extre elche?	mität andere Veränderungen? ein wenig	Zielkriterium: sehr stark
Erhalten S Nein	Sie Lymphdrainage?	ab und zu	Zielkriterium: Lymphödem regelmäßig
Tragen Sie Nein	e einen Kompressionsstr	umpf an der bestrahlten Extremit selten	ät? <i>immer</i>
Wenn Bes	schwerden vorhanden si	nd: erhalten Sie dafür eine Thei	rapie?
Nein, abe	r ich hätte gern Hilfe	nein,nicht nötig	ja
Wenn ja, we	elche Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilu Datum, Uni	ng durch den Arzt erschrift k	Commentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung der Extremitäten

Fragen zu Nebenwirkungen der Bestrahlung an der Haut im ehemals bestrahlten Areal

Haben Sie Hautveränderungen im Bestrahlungsbereich? Nein Verfärbung Verhärtung Geschwür Ist im Bestrahlungsbereich eine Schwellung (Lymphstau) aufgetreten? Nein ein wenig sehr stark Finden sich andere Auffälligkeiten in diesem Bereich? Nein ja, welche: Fragen zu Nebenwirkungen nach Bestrahlung an den Extremitäten Haben Sie an der bestrahlten Extremität eine Verhärtung? Nein ein wenig sehr stark Haben Sie an der bestrahlten Extremität eine Schwellung? ein wenig sehr stark Haben Sie an der bestrahlten Extremität eine verminderte Kraft? Nein ein wenig sehr stark Haben Sie an der bestrahlten Extremität eine verminderte Beweglichkeit? Nein ein wenig sehr stark Haben Sie an der bestrahlten Extremität andere Veränderungen? Wenn ja, welche?_____ ein wenig sehr stark Nein Erhalten Sie Lymphdrainage? regelmäßig Nein ab und zu Tragen Sie einen Kompressionsstrumpf an der bestrahlten Extremität? Nein selten immer Wenn Beschwerden vorhanden sind: erhalten Sie dafür eine Therapie? Nein, aber ich hätte gern Hilfe nein,nicht nötig ja Wenn ja, welche Therapie?_____ Wirksamkeit? ____ Beurteilung durch den Arzt Datum, Unterschrift Kommentar:__

Fragebogen bei Bestrahlung in der Kopf-Hals-Region

Haben Sie	e Hautveränderungen im I	Bestrahlungsbereich?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Bes	strahlungsbereich eine Sch	nwellung (Lymphstau) aufgetreten ein wenig	? sehr stark
Finden sic	ch andere Auffälligkeiten <i>ja, welche:</i>		
Fragen zu	u Nebenwirkungen nach	Bestrahlung im Kopf-Hals-Bere	eich
Haben Sie Nein	e einen veränderten/einges	schränkten Geschmackssinn? ein wenig	Zielkriterium: Geschmack sehr stark
Haben Sie Nein	e eine neue Einschränkung	g beim Hören? ein wenig	Zielkriterium: Innenohrf. sehr stark
Haben Sie Nein	e eine neue Einschränkung	g beim Riechen? ein wenig	Zielkriterium: Riechfunktion sehr stark
Sind Sie b Nein	beim Essen und Schlucker	n eingeschränkt? ein wenig	Zielkriterium: Ösoph-striktur sehr stark
Ernährun	g ausschließlich flüssig od	der über eine Sonde	
Ist der Mu Nein	and trocken? Werden Sie	nachts deswegen wach? ein wenig	Zielkriterium: Xerostomie sehr stark
Haben Sie Nein	e eine veränderte/eingesch	ränkte Stimme? (nicht nach LE!)	Zielkriterium: Larynxfibrose ein wenig sehr stark
Haben Sie Nein	e Schwierigkeiten mit den	Zähnen? Wurden welche entfernt ein wenig	? Zielkriterium: Karies sehr stark
Es wurde	n Zähne gezogen		
Haben Sie Nein	e Schwierigkeiten mit den	n Kiefer? War eine Operation nötig ein wenig	g? Zielkriterium: IORN sehr stark
Haben Sie Nein	e eine Einschränkung der	Mundöffnung? ein wenig	Zielkriterium: Trismus. sehr stark
		nd: erhalten Sie dafür eine Therap	nie?
Nein, abe	r ich hätte gern Hilfe	nein,nicht nötig	ja
Wenn ja, w	elche Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilu Datum, Uni	ng durch den Arzt terschrift Ko	ommentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung in der Kopf-Hals-Region

Fragen zu Nebenwirkungen der Bestrahlung an der Haut im ehemals bestrahlten Areal

Haben Sie Hautveränderungen im Bestrahlungsbereich? Nein Verfärbung Verhärtung Geschwür Ist im Bestrahlungsbereich eine Schwellung (Lymphstau) aufgetreten? Nein ein wenig sehr stark Finden sich andere Auffälligkeiten in diesem Bereich? Nein ja, welche: Fragen zu Nebenwirkungen nach Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich Haben Sie einen veränderten/eingeschränkten Geschmackssinn? sehr stark Nein ein wenig Haben Sie eine neue Einschränkung beim Hören? Nein ein wenig sehr stark Haben Sie eine neue Einschränkung beim Riechen? Nein sehr stark ein wenig Sind Sie beim Essen und Schlucken eingeschränkt? sehr stark Ernährung ausschließlich flüssig oder über eine Sonde Ist der Mund trocken? Werden Sie nachts deswegen wach? Nein ein wenig sehr stark Haben Sie eine veränderte/eingeschränkte Stimme?(gilt nicht nach Kehlkopf-Entfernung!) ein wenig sehr stark Haben Sie Schwierigkeiten mit den Zähnen? Wurden welche entfernt? Nein ein wenig sehr stark Es wurden Zähne gezogen Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kiefer? War eine Operation nötig? Nein ein wenig sehr stark Haben Sie eine Einschränkung der Mundöffnung? Nein ein wenig sehr stark Wenn Beschwerden vorhanden sind: erhalten Sie dafür eine Therapie? Nein, aber ich hätte gern Hilfe nein, nicht nötig ja Wenn ja, welche Therapie?___ Wirksamkeit? Beurteilung durch den Arzt

Kommentar:

Datum, Unterschrift

Fragebogen bei Bestrahlung nach Brustkrebs /DCIS

Beurteilung durch den Arzt Datum, Unterschrift Ko	mmentar:	
Wenn ja, welche Therapie?		Wirksamkeit?
Nein, aber ich hätte gern Hilfe	nein,nicht nötig	ja
Wenn Beschwerden vorhanden sin	d: erhalten Sie dafür eine Therap	ie?
Tragen Sie am Arm der bestrahlten Nein	Seite einen Kompressionsstrumpf selten	Zielkriterium: Lymphödem immer
Erhalten Sie am Arm der bestrahlter Nein	n Seite Lymphdrainage? ab und zu	Zielkriterium: Lymphödem regelmäßig
Haben Sie am Arm der bestrahlten S Nein	Seite eine verminderte Beweglichk ein wenig	eit? Zielkr. Funktion sehr stark
Haben Sie am Arm der bestrahlten S Nein	Seite eine verminderte Kraft? ein wenig	Zielkriterium: Funktion sehr stark
Haben Sie an Schmerzen am Brustk Nein	orb? ein wenig	Zielkriterium: Knochensch. sehr stark
Haben Sie neu aufgetretene Herzbes Nein	schwerden? ein wenig	Zielkriterium: kardiale NW sehr stark
Haben Sie Husten, Luftnot oder Aus Nein	swurf? ein wenig	Zielkriterium: Lungenfibrose sehr stark
Fragen zu Nebenwirkungen nach	Bestrahlung der Brust oder Bru	stwand
Finden sich andere Auffälligkeiten i Nein ja, welche:		
Ist im Bestrahlungsbereich eine Sch Nein	wellung aufgetreten? ein wenig	Zielkriterium: Lymphödem sehr stark
Haben Sie an der bestrahlten Brust e Nein	eine Verhärtung oder Verdickung? ein wenig	Zielkriterium: Fibrose. sehr stark
Ist die bestrahlte Haut von anderer F Nein	ein wenig	Zielkriterium: Hyperpigm. sehr stark

Fragebogen bei Bestrahlung nach Brustkrebs /DCIS

Haben Sie	Veränderungen im Bestr	ahlungsbereich?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Best Nein	rahlungsbereich eine Sch	nwellung (Lymphstau) aufget ein wenig	reten? sehr stark
Finden sich Nein	n andere Auffälligkeiten <i>ja, welche:</i>	in diesem Bereich?	
Fragen zu	Nebenwirkungen nach	Bestrahlung der Brust oder	r Brustwand
Haben Sie	Husten, Luftnot oder Au	swurf?	
Nein		ein wenig	sehr stark
Haben Sie	neu aufgetretene Herzbe	schwerden?	
Nein		ein wenig	sehr stark
Haben Sie	an Schmerzen am Brustk	corb?	
Nein		ein wenig	sehr stark
Haben Sie	am Arm der bestrahlten	Seite eine verminderte Kraft?	
Nein Nein	am rum der bestramten	ein wenig	sehr stark
Haben Sie	am Arm der hestrahlten	Seite eine verminderte Beweg	dichkeit?
Nein	am Arm der bestramten	ein wenig	sehr stark
E.l14 C		C14. I	
Nein	ie am Arm der bestrahlte	ab und zu	regelmäßig
T			
Tragen Sie Nein	am Arm der bestrahlten	Seite einen Kompressionsstru selten	umpt? immer
Wenn Beso	chwerden vorhanden sin	ıd: erhalten Sie dafür eine Ti	herapie?
Nein, aber	ich hätte gern Hilfe	nein, nicht nötig	ja
Wenn ja, wel	che Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilun Datum, Unte	g durch den Arzt erschrift Ko	ommentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung im Oberbauch

Ist die bestrahlte Haut von anderer F Nein	Farbe als nicht-bestrahlte Haut? ein wenig	Zielkriterium: Hyperpigm. sehr stark
Haben Sie an der bestrahlten Brust e	eine Verhärtung oder Verdickung?	Zielkriterium: Fibrose.
Nein	ein wenig	sehr stark
Ist im Bestrahlungsbereich eine Sch Nein	wellung aufgetreten? ein wenig	Zielkriterium: Lymphödem sehr stark
Finden sich andere Auffälligkeiten i Nein ja, welche:		
Fragen zu Nebenwirkungen nach	Bestrahlung im Oberbauch	
Haben Sie Einschränkungen bei der	•	Zielkriterium: chron. Gastritis
Nein	ein wenig	sehr stark
Haben Sie Übelkeit, oder schlechte	Leberwerte?	Zielkriterium: Leberfibrose
Nein	ein wenig	sehr stark
Haben Sie Durchfall, Verstopfung o Nein	der Blähungen (zutreffendes ankr ein wenig	!)?Zielkr:: Pancreatitis, Colitis sehr stark
Haben Sie veränderte Nierenwerte?		Zielkriterium: Nierenfibrose
Nein	ein wenig	sehr stark
Haben Sie an Krämpfe im Bauch?		Zielkr. Colitis, Verwachsung
Nein	ein wenig	sehr stark
Sind Sie nach der Bestrahlung operi Nein Ja	ert worden ? : wann und wieso	Zielkr. Blutung/Ileus
Wana Dandan andan nada an dan sin	de calculton Sin dufin sin a Thomas	
Wenn Beschwerden vorhanden sin	a: ernauen Sie aajur eine Therap	ne:
Nein, aber ich hätte gern Hilfe	nein,nicht nötig	ja
Wenn ja, welche Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilung durch den Arzt		
Datum, Unterschrift Ko	mmentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung im Oberbauch

Haben Sie	Hautveränderungen im B	estrahlungsbereich ?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Best Nein	rahlungsbereich eine Sch	wellung (Lymphstau) aufge ein wenig	etreten? sehr stark
Finden sich	h andere Auffälligkeiten i ja, welche:		
Fragen zu	Nebenwirkungen nach	Bestrahlung im Oberbau	ch
Haben Sie	Einschränkungen bei der	Ernährung?	
Nein		ein wenig	sehr stark
Haben Sie	Übelkeit, oder schlechte l	Leberwerte?	
Nein Nein	obelicit, oder semeente i	ein wenig	sehr stark
Haben Sie Nein	Durchfall, Verstopfung o	der Blähungen (zutreffende ein wenig	es ankr!)? sehr stark
Haben Sie <i>Nein</i>	veränderte Nierenwerte?	ein wenig	sehr stark
Haben Sie Nein	Krämpfe im Bauch?	ein wenig	sehr stark
Sind Sie na Nein	ach der Bestrahlung operic		
Wenn Bes	chwerden vorhanden sind	d: erhalten Sie dafür eine	Therapie?
Nein, aber	cich hätte gern Hilfe	nein, nicht nötig	ja
Wenn ja, we	lche Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilun	ng durch den Arzt		
Datum, Unte	0	mmentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung im Bereich des Hirnschädels

Haben Sie I	Hautveränderungen im B	estrahlungsbereich?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Bestr Nein	rahlungsbereich eine Sch	wellung (Lymphstau) aufgetreten? ein wenig	sehr stark
Finden sich Nein	andere Auffälligkeiten i <i>ja, welche:</i>	n diesem Bereich?	
Fragen zu	Nebenwirkungen nach	Bestrahlung am ZNS / Hirn	
Haben Sie v Nein	wieder ein normales Haa	rwachstum? ein wenig	Zielkriterium:Alopezie sehr stark
Haben Sie a Nein	an eine neue Einschränku	ing beim Sehen (Linsentrübung)? ein wenig	Zielkriterium: Linsentr. sehr stark
Haben Sie e Nein	eine neue Einschränkung	beim Hören? ein wenig	Zielkriterium: Innenohrfunkt. sehr stark
Haben Sie e Nein	eine neue Einschränkung	beim Riechen? ein wenig	Zielkriterium: Riechfunktion sehr stark
Haben Sie e Nein	eine neue Einschränkung	bei der Konzentration? ein wenig	Zielkriterium: Hirnfunktion sehr stark
Sind Sie mi Nein	it der Beweglichkeit ein	geschränkt ? ein wenig	Z.krit.:Lähmung /Koordination sehr stark
Gibt es Prol	bleme ? ja welche:		
Wenn Besc	hwerden vorhanden sin	d: erhalten Sie dafür eine Therap	ie?
Nein, aber	ich hätte gern Hilfe	nein, nicht nötig	ja
Wenn ja, weld	che Therapie?		Wirksamkeit?
Beurteilunş Datum, Unter	g durch den Arzt rschrift Ko	mmentar:	

Fragebogen bei Bestrahlung im Bereich des Hirnschädels

Fragen zu Nebenwirkungen der Bestrahlung an der Haut im ehemals bestrahlten Areal

Haben Sie	Hautveränderungen im B	estrahlungsbereich?	
Nein	Verfärbung	Verhärtung	Geschwür
Ist im Bes <i>Nein</i>	trahlungsbereich eine Sch	wellung (Lymphstau) aufgetreten ein wenig	? sehr stark
Finden sic <i>Nein</i>	h andere Auffälligkeiten i ja, welche:		
Fragen zu	ı Nebenwirkungen nach	Bestrahlung am ZNS / Hirn	
Haben Sie	wieder ein normales Haar	rwachstum?	
Nein		ein wenig	sehr stark
Haben Sie	an eine neue Einschränku	ng beim Sehen (Linsentrübung)?	
Nein	an ome near Emperiuma	ein wenig	sehr stark
Uahan Sia	aina naua Einaaheiinleesa	haim Häran?	
Haben Sie Nein	eine neue Einschränkung	ein wenig	sehr stark
		G	
Haben Sie <i>Nein</i>	eine neue Einschränkung		sehr stark
vein		ein wenig	senr stark
	eine neue Einschränkung	bei der Konzentration?	
Nein		ein wenig	sehr stark
Sind Sie n	nit der Beweglichkeit ein	geschränkt ?	
Nein		ein wenig	sehr stark
Gibt es Pro Nein			
	J		
Wenn Bes	chwerden vorhanden sind	d: erhalten Sie dafür eine Thera _l	pie?
Nein, aber	cich hätte gern Hilfe	nein, nicht nötig	ja
Wenn ja, we	clche Therapie?		Wirksamkeit?
			Wirksamkeit?
Beurteilui	ng durch den Arzt		

Datum, Unterschrift