

Anamnesebogen für Onkologisches Training

1. Persönliche Daten

Datum: _____

Vor- und Nachname: _____ Geb. Datum: _____

Telefonnummer: _____ Email-Adresse: _____

Behandelnde Klinik oder Facharzt: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____ Alter: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Sind Sie berufstätig? ☐ Nein ☐ Ja: ☐ VZ ☐ TZ ☐ Angestellt ☐ Selbstständig ☐ Rente

Krankenstand: seit wann: _____ Planen sie zurück in den Beruf zu gehen: ☐ JA ☐ Nein

2. Diagnose

Onkologische Diagnose (inkl. Stadium): _____

Zeitpunkt der Erstdiagnose: _____

Tumorklassifikation (T N M): _____

Rezidiv: ☐ nein ☐ ja Zeitpunkt der Rezidiv-Diagnose: _____

Metastasen: ☐ nein ☐ ja Lokalisation: ☐ Knochen ☐ Hirn ☐ Leber ☐ Lunge
☐ Andere: _____

Anmerkungen: _____ (Frakturgefährdung, Pfortader etc.)

3. Therapie

☐ ambulant ☐ stationär ☐ rehabilitativ ☐ Nachsorge

Betreuungszeitraum: ☐ akut _____ ☐ unklar _____ ☐ chronisch/palliativ

4. Aktuelle und geplante Therapie/n

Chemotherapie: abgeschlossen: ☐ aktuell: ☐ geplant: ☐ Welche _____

(geplanter) Therapiebeginn: ____/____/____ (geplantes) Therapie-Ende: ____/____/____

Strahlentherapie: abgeschlossen: ☐ aktuell: ☐ geplant: ☐ Welche _____

(geplanter) Therapiebeginn: ____/____/____ (geplantes) Therapie-Ende: ____/____/____

Hormontherapie: abgeschlossen: ☐ aktuell: ☐ geplant: ☐ Welche _____

(geplanter) Therapiebeginn: ____/____/____ (geplantes) Therapie-Ende: ____/____/____

Immuntherapie: abgeschlossen: ☐ aktuell: ☐ geplant: ☐ Welche _____

(geplanter) Therapiebeginn: ____/____/____ (geplantes) Therapie-Ende: ____/____/____

Antikörpertherapie: abgeschlossen: ☐ aktuell: ☐ geplant: ☐ Welche _____

(geplanter) Therapiebeginn: ____/____/____ (geplantes) Therapie-Ende: ____/____/____

Sonstige Therapie: abgeschlossen: ☐ aktuell: ☐ geplant: ☐ Welche _____

(geplanter) Therapiebeginn: ____/____/____ (geplantes) Therapie-Ende: ____/____/____

5. Aktuelle Medikamente

6. Begleiterkrankungen

Kardiologische Erkrankungen: ☐ ja, welche? _____ ☐ nein

(KHK, Herzinsuffizienz, Hyper-/Hypotonie) ☐ Medikamente? _____

Stoffwechsel Erkrankungen: ☐ ja, welche? _____ ☐ nein

(Diabetes, Hashimoto, Gicht) ☐ Medikamente? _____

Lungenerkrankungen: ☐ ja, welche? _____ ☐ nein

(COPD, Asthma, Allergien) ☐ Medikamente? _____

Orthopädische Erkrankungen: ☐ ja, welche? _____ ☐ nein

(Frakturen, Endoprothesen) ☐ Medikamente? _____

Neurologische Erkrankungen: ☐ ja, welche? _____ ☐ nein

(Epilepsie, MS, Migräne) ☐ Medikamente? _____

Sonstiges: (Thrombosen, Arthrosen) _____

7. Aktuelle Beschwerden

Haben Sie im Verlauf der vergangenen 4 Wochen/seit der letzten Befragung eine oder mehrere der folgenden Nebenwirkungen/Beschwerden? Leiden Sie derzeit unter:

- Schmerzen? ☐ nein ☐ ja
- Gelenk-Schmerzen? ☐ nein ☐ ja
- Missempfindungen an den Händen oder/und Füßen? ☐ nein ☐ ja
- Wechseljahresbeschwerden? ☐ nein ☐ ja
- Merk-/Konzentrationsschwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja
- Harninkontinenz? ☐ nein ☐ ja
- Stuhlinkontinenz? ☐ nein ☐ ja
- Gewichtsverlust? ☐ nein ☐ ja - ____ kg
- Gewichtszunahme? ☐ nein ☐ ja + ____ kg
- Krebs-/Therapie-bedingter Schlafstörungen? ☐ nein ☐ ja ☐
Wie sehr belastet Sie diese Schlafstörung? gar nicht 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 stark
- Lymphödem? ☐ nein ☐ ja
- sexueller Dysfunktion/ Erektionsproblemen? ☐ nein ☐ ja
- Osteoporose? ☐ nein ☐ ja Medikamente _____
- Psychische Beeinträchtigungen? ☐ nein ☐ ja Medikamente _____

8. Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes

Wie schätzen Sie subjektiv Ihre körperliche Belastbarkeit ein?

(Skala: 0= nicht belastbar bis 10=voll belastbar)

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10

Wie schätzen Sie subjektiv Ihre Müdigkeit/Erschöpfung ein?

(Skala: 0= nicht müde bis 10= sehr müde)

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10

9. Sportliche Vorerfahrung und Lebensstil

Welche Sportart(en) betreiben Sie regelmäßig oder haben in der Vergangenheit regelmäßig pro Woche betrieben?

Ausgeübte Sportart	Häufigkeit/Intensität (h pro Woche pro Einheit)	Seit wann? Bis wann?

Raucherstatus: ☐ nein (Ex-Raucher, seit ____ Jahren) ☐ ja (Zigarettenpackung/Tag: ____)

Drogen: ☐ nein ☐ ja

Alkohol: ☐ nein ☐ ja (täglich ____ wöchentlich ____ monatlich ____)

10. Körperliche Untersuchung

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Blutdruck: _____ / _____ mmHg Herzfrequenz: _____

11. Gemeinsame Zielvereinbarung

Was Sind Ihre persönlichen Ziele, die Sie mit Hilfe der OTT erreichen möchten?
