



Patientenfragebogen „Integrative Medizin am Diakonissenkrankenhaus

Patientenetikett

Datum _____

Arzt _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden im Rahmen Ihrer Krebserkrankung im Diakonissenkrankenhaus Dresden behandelt. Im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung bieten wir ergänzend zur schulmedizinischen Behandlung integrativmedizinische Therapieverfahren an.

Wünschen Sie diese integrativmedizinische Betreuung? Ja Nein

Haben Sie den Informationsflyer zur Integrativen Medizin im Diakonissenkrankenhaus

a.) erhalten? Ja Nein

b.) gelesen? Ja Nein

1. Anamnese

Körpergröße: _____ cm Aktuelles Gewicht: _____ kg

Gewichtsentwicklung: Zunahme seit: _____ Abnahme seit: _____

Konstant seit: _____

Ist bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung (z.B. Mb. Crohn, Colitis ulcerosa, Hashimotothyreoiditis, Mb. Basedow) bekannt?	Welche? _____ _____	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 2-4 Stunden pro Woche Welchen? _____	<input type="checkbox"/> 1 Stunde pro Woche <input type="checkbox"/> > 4 Stunden pro Woche
Wie oft am Tag essen Sie Obst oder Gemüse in einzelnen Portionen	<input type="checkbox"/> Unregelmäßig <input type="checkbox"/> 2-3 mal pro Tag	<input type="checkbox"/> 1 mal pro Tag <input type="checkbox"/> 4-5 mal pro Tag
Achten Sie bewusst auf fettarme Ernährung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ich ernähre mich vorwiegend fettarm <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen	
Würden Sie sich von oder einer Ernährungsumstellung eine bessere Lebensqualität erhoffen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen	<input type="checkbox"/> Ja
Würden Sie sich von einer Ernährungsumstellung eine bessere Heilung erhoffen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie bereits diätetische Lebensmittel angewandt (z.B. Nahrungsergänzungsmittel)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche? _____ _____	
Haben Sie Appetitsverlust?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen	<input type="checkbox"/> Ja
Liegt eine verminderte Nahrungsaufnahme vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

2. Beschwerdesymptomatik

- A.) Bitte kreuzen Sie an, welche Beschwerden sie aktuell beeinflussen.
 B.) Bitte nummerieren Sie die Ihrer Ansicht nach derzeit 5 wichtigsten Beschwerden von 1 bis 5 (1 entspricht der höchsten Wichtigkeit, dann in absteigender Wichtigkeit)
 C.) Bitte schätzen Sie ein, wie sehr Sie sich durch diese Beschwerden beeinträchtigt fühlen.

Beschwerde	Nummer	Beeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> Reduzierte Denkfähigkeit		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach
<input type="checkbox"/> Fatigue/ Müdigkeit/ Antriebslosigkeit		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach
<input type="checkbox"/> Schmerzen Wo? _____		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach
<input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach
<input type="checkbox"/> Durchfall		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach
<input type="checkbox"/> Verstopfung		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach
<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigte Sexualität		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> schwach

3. Integrative Therapiemethoden

Welche Methoden der integrativen Therapien sind Ihnen bekannt, wenden Sie aktuell bereits an bzw. haben Sie früher angewandt?

Homöopathie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflanzentherapie (Bachblüten)	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Psyche-Körper-Intervention (mind-body)

Autogenes Training	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kunsttherapie (Mal-, Musik-, Tanztherapie)	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gebet	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesprächstherapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Progressive Muskelrelaxation	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Yoga	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Manipulative und Körper- Therapie (body based)	
Akupunktur	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Manuelle Therapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fußreflexzonen-massage	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hydro- und Thermotherapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Massage und Lymphdrainage	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neuraltherapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankengymnastik	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sport	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerztherapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Lokalanästhesie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Transkutane Neurostimulation	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Taping	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bewegungstherapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Biologische Therapien (biological based)

Ernährungsrichtlinien	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Misteltherapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selentherapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Orthomolekulare Therapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vitamine (Vitamin C)	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Enzyme	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Energetische Therapien (energy based)

Elektrotherapie	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ultraschall	Kenne ich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht Wende ich an: <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein Interessiert mich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bisher nicht genannte Therapieverfahren (z. B. Ayurveda, Anthroposophische Medizin, Tai Chi, Osteopathie, Krebsdiät, Schüßler Salze, etc.)			
	Kenne ich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
	Wende ich an:	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
	Interessiert mich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kenne ich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
	Wende ich an:	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
	Interessiert mich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kenne ich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
	Wende ich an:	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
	Interessiert mich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kenne ich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
	Wende ich an:	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
	Interessiert mich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kenne ich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
	Wende ich an:	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
	Interessiert mich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kenne ich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
	Wende ich an:	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
	Interessiert mich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kenne ich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
	Wende ich an:	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
	Interessiert mich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Begleitmedikamente

Welche Medikamente nehmen Sie seit dem letzten stationären Aufenthalt zusätzlich ein?		
Name des Medikamentes	Dosierung	Häufigkeit

5. Ihre Erwartungen

Welche Ziele sehen Sie in der zusätzlichen Anwendung von Integrativer Medizin?		
Erwartungen	Kurzfristig	Langfristig
Linderung von Symptomen der Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion von Nebenwirkungen der konventionellen (Krebs-) Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabilisierung von Körper, Seele und Geist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktive Mitarbeit zur Bewältigung der Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzögerung des Rezidivs oder von Metastasen der Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlängerung der Lebenszeit bei Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fühlen Sie sich ausreichend informiert über die Methoden der integrativen Therapie?

- nein
 etwas
 mittel
 ausführlich
 weiß nicht

6. Einwilligungserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass für die interdisziplinäre Abstimmung ergänzender, 6 ambulanter Behandlungsempfehlungen im Rahmen des „Integrativen Boards“ weitere, bisher nicht an meiner Therapie beteiligte Ärzte und Therapeuten in meine Patientendaten Einblick erhalten.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient