

Formular zur telefonischen Nachsorgeabfrage

Vorbereitung des Gesprächs

Bestrahlungsindikation/Areal _____

Bestrahlungsdosis/Besonderheiten/Technik _____

Bestrahlungsende Datum _____

Letzter Kontakt hier _____

Dabei vermerkt: Remissionsstatus (Tumorbefund) _____

Nebenwirkungen _____

Sonstige Beschwerden _____

Erfassung eines Ausscheidens aus der Nachsorge

Datum des Ausscheidens _____

Grund des Ausscheidens (bitte ankreuzen)

AZ zu schlecht

Ablehnung durch den Patienten

Erreichbarkeit nicht gegeben (kein Telefon, keine Stimme)

Individuelle Entscheidung durch den Arzt, wenn mögl. mit Begründung

Allgemeiner Teil

Datum des Anruf: _____

(hier kann als Hilfe ein abteilungsspezifischer einleitender Satz des Telefongesprächs stehen)

Bitte jeweils gültige Antwort 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

(kompl. Remission, CR)

Tumorrest, nach Behandlung kleiner

(partielle Remission, PR)

keine Veränderung durch letzte Therapie

(no change, NC)

neu aufgetretene Metastasen/Tumor ist gewachsen

(Progress, PD)

keine Angabe weil nicht gemacht/länger als 1 Jahr her k.A.

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

Zielkriterium: Fatigue

nein

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

Ja, überwiegend

ja, manchmal

eher weniger

Zielkriterium: QoL

nein

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

Ja, überwiegend

ja, manchmal

eher weniger

nein

**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 Antwort 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?

Nein *ein wenig* Zielkriterium: Proktitis
sehr stark

Haben Sie Durchfall?

Nein *ein wenig* Zielkriterium: Proktitis
sehr stark

Können Sie Stuhlgang bei Druck zurückhalten oder kommt er ungewollt? Zielkriterium: Shinkterf.

Ja, zurückhalten immer möglich *nur bei festem Stuhl* *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?

_____ *mal* Zielkriterium: Zystitis

Benötigen Sie Vorlagen wg. unkontrolliertem Harnabgang?

Ja _____ *nachts und* _____ *tags* *nur zur Sicherheit* Zielkriterium: Zystitis
nein, gar nicht

Haben Sie Blutbeimengungen zum Wasserlassen?

Nein *ein wenig* Zielkriterium: Zystitis
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* *ja*
Wenn ja, welche Therapie? _____ *Wirksamkeit?* _____

Beurteilung durch den Arzt

Datum, Unterschrift **Kommentar:** _____

Fragebogen bei Bestrahlung nach Brustkrebs /DCIS

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

Ist die bestrahlte Haut von anderer Farbe als nicht-bestrahlte Haut? Zielkriterium: Hyperpigm.
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie an der bestrahlten Brust eine Verhärtung oder Verdickung? Zielkriterium: Fibrose.
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Ist im Bestrahlungsbereich eine Schwellung aufgetreten? Zielkriterium: Lymphödem
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Finden sich andere Auffälligkeiten in diesem Bereich?

Nein *ja, welche:* _____

Fragen zu Nebenwirkungen nach Bestrahlung der Brust oder Brustwand

Haben Sie Husten, Luftnot oder Auswurf? Zielkriterium: Lungenfibrose
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie neu aufgetretene Herzbeschwerden? Zielkriterium: kardiale NW
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie an Schmerzen am Brustkorb? Zielkriterium: Knochensch.
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie am Arm der bestrahlten Seite eine verminderte Kraft? Zielkriterium: Funktion
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie am Arm der bestrahlten Seite eine verminderte Beweglichkeit? Zielkr. Funktion
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Erhalten Sie am Arm der bestrahlten Seite Lymphdrainage? Zielkriterium: Lymphödem
Nein *ab und zu* *regelmäßig*

Tragen Sie am Arm der bestrahlten Seite einen Kompressionsstrumpf? Zielkriterium: Lymphödem
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 nach Brustkrebs /DCIS

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

Haben Sie Veränderungen 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 der Brust oder Brustwand

Haben Sie Husten, Luftnot oder Auswurf?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie neu aufgetretene Herzbeschwerden?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie an Schmerzen am Brustkorb?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie am Arm der bestrahlten Seite eine verminderte Kraft?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie am Arm der bestrahlten Seite eine verminderte Beweglichkeit?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Erhalten Sie am Arm der bestrahlten Seite Lymphdrainage?

Nein *ab und zu* *regelmäßig*

Tragen Sie am Arm der bestrahlten Seite einen Kompressionsstrumpf?

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 im Oberbauch

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

Ist die bestrahlte Haut von anderer Farbe als nicht-bestrahlte Haut? Zielkriterium: Hyperpigm.
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie an der bestrahlten Brust eine Verhärtung oder Verdickung? Zielkriterium: Fibrose.
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Ist im Bestrahlungsbereich eine Schwellung aufgetreten? Zielkriterium: Lymphödem
Nein *ein wenig* *sehr stark*

Finden sich andere Auffälligkeiten in diesem Bereich?

Nein *ja, welche:* _____

Fragen zu Nebenwirkungen nach Bestrahlung im Oberbauch

Haben Sie Einschränkungen bei der Ernährung? 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 oder Blähungen (zutreffendes ankr!)? Zielkr.: Pancreatitis, Colitis
Nein *ein wenig* *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 operiert worden? Zielkr. Blutung/Ileus
Nein *Ja : wann und wieso* _____

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 im Oberbauch

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 Oberbauch

Haben Sie Einschränkungen bei der Ernährung?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie Übelkeit, oder schlechte Leberwerte?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie Durchfall, Verstopfung oder Blähungen (zutreffendes ankr!)?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie veränderte Nierenwerte?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie Krämpfe im Bauch?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Sind Sie nach der Bestrahlung operiert worden ?

Nein *Ja : wann und wieso* _____

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 im Bereich des Hirnschädels

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 am ZNS / Hirn

Haben Sie wieder ein normales Haarwachstum?

Nein *ein wenig* Zielkriterium: Alopezie
sehr stark

Haben Sie an eine neue Einschränkung beim Sehen (Linsentrübung)?

Nein *ein wenig* Zielkriterium: Linsentr.
sehr stark

Haben Sie eine neue Einschränkung beim Hören?

Nein *ein wenig* Zielkriterium: Innenohrfunkt.
sehr stark

Haben Sie eine neue Einschränkung beim Riechen?

Nein *ein wenig* Zielkriterium: Riechfunktion
sehr stark

Haben Sie eine neue Einschränkung bei der Konzentration?

Nein *ein wenig* Zielkriterium: Hirnfunktion
sehr stark

Sind Sie mit der Beweglichkeit eingeschränkt ?

Nein *ein wenig* Z.krit.: Lähmung / Koordination
sehr stark

Gibt es Probleme ?

Nein *ja welche:* _____

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 im Bereich des Hirnschädels

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 am ZNS / Hirn

Haben Sie wieder ein normales Haarwachstum?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie an eine neue Einschränkung beim Sehen (Linsentrübung)?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie eine neue Einschränkung beim Hören?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie eine neue Einschränkung beim Riechen?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Haben Sie eine neue Einschränkung bei der Konzentration?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Sind Sie mit der Beweglichkeit eingeschränkt ?

Nein *ein wenig* *sehr stark*

Gibt es Probleme ?

Nein *ja welche:* _____

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: _____