

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

In Kürze beginnt Ihre Behandlung bei MAASTRO clinic. Für uns wäre es hilfreich, zu erfahren, wie stark Sie zu bestimmten Zeitpunkten von Beschwerden beeinträchtigt werden, die gegebenenfalls durch die Behandlung verursacht oder verstärkt werden. Darum bitten wir Sie, diesen kurzen Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen dient als Ergänzung zu Ihrem Besuch beim Arzt. Nach erfolgter Behandlung werden wir Sie ungefähr viermal jährlich bitten, diesen Fragebogen erneut auszufüllen. Wir schicken Ihnen den Bogen dann zusammen mit einem Rückumschlag per Post zu.

Die Fragen betreffen verschiedene Bereiche. Bei jedem dieser Bereiche werden mehrere Möglichkeiten genannt. Wir bitten Sie, sich diese Möglichkeiten in aller Ruhe durchzulesen und danach anzukreuzen, welche Aussage zu dem betreffenden Zeitpunkt am meisten auf Sie zutrifft. Auch bitten wir Sie, Ihr (zu Hause oder beim Arzt) zuletzt gemessenes Gewicht einzutragen. Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte im anliegenden Rückumschlag zurück.

Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den/die Arzthelfer/in oder den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin.

Heute schon recht herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Datacenter MAASTRO clinic

Name:

Geburtsdatum:

Patienten-Identifikationsnummer (Patisnummer):

Ausgefüllt am:

____/____/____
TT/MM/JJJJ

Heutiges Gewicht:

____,____ kg

1. Sind Sie in der Lage, Ihre Alltagsaktivitäten normal auszuführen?

- 0 Ich kann meine Alltagsaktivitäten normal ausführen, ohne Einschränkungen.
- 0 Ich bin nur im Hinblick auf körperlich anstrengende Arbeit eingeschränkt. Einige schwere Arbeiten im Haus oder am Arbeitsplatz schaffe ich nicht ganz.
- 0 Ich bin zwar eingeschränkt bei meinen Alltagsaktivitäten, verbringe aber über die Hälfte des Tages nicht im Bett oder Stuhl und kann mich selbst versorgen.
- 0 Ich liege über die Hälfte des Tages im Bett oder sitze im Stuhl und benötige Hilfe bei der Versorgung.
- 0 Ich bin vollkommen hilfsbedürftig, vollkommen von Versorgung abhängig, bettlägerig oder kann nur sitzen.

2. Haben Sie Schluckbeschwerden?

- 0 Ich habe überhaupt keine Schmerzen beim Schlucken.
- 0 Ich habe etwas Schmerzen beim Schlucken, sodass ich keine feste Nahrung essen oder verschriebene Medikamente einnehmen kann.
- 0 Ich habe große Schmerzen beim Schlucken. Darum erhalte ich zusätzliche Flüssigkeit oder Nahrungsmittel über eine Sonde oder Infusion.
- 0 Ich kann mich ausschließlich über eine Sonde oder eine Infusion ernähren.
- 0 Ich bin mit sehr schweren/lebensbedrohlichen Schluckbeschwerden ins Krankenhaus eingewiesen worden.

3. Haben Sie Schmerzen?

- 0 Ich habe keine Schmerzen.
- 0 Ich habe leichte Schmerzen; diese behindern mich jedoch nicht bei meinen Alltagsaktivitäten.
- 0 Ich habe mittelmäßige Schmerzen und nehme Schmerzmittel ein, werde dadurch jedoch nicht bei meinen Alltagsaktivitäten behindert.
- 0 Ich habe sehr starke Schmerzen und bin kaum in der Lage, meine Alltagsaktivitäten auszuführen.
- 0 Ich bin durch die heftigen Schmerzen nicht mehr in der Lage, meine Alltagsaktivitäten auszuführen.

4. Leiden Sie infolge Ihrer Krankheit oder der Behandlung unter Gewichtsverlust?

- 0 Ich habe nicht oder kaum abgenommen als Folge meiner Erkrankung oder der Behandlung.
- 0 Ich habe weniger als 5 kg abgenommen als Folge meiner Erkrankung oder der Behandlung.
- 0 Ich habe zwischen 5 und 10 kg abgenommen als Folge meiner Erkrankung oder der Behandlung und bekomme Aufbaukost.
- 0 Ich habe mehr als 10 kg abgenommen als Folge meiner Erkrankung oder der Behandlung und bekomme Sondenernährung.

5. Sind Sie kurzatmig?

- ☐ Ich bin überhaupt nicht kurzatmig, auch nicht bei Anstrengungen wie Treppensteigen, Einkaufen usw.
- ☐ Ich bin kurzatmig, kann aber noch 1 Stockwerk Treppen steigen oder 100 m ohne Unterbrechung gehen.
- ☐ Ich bin kurzatmig und kann dadurch weniger als 1 Stockwerk Treppen steigen oder weniger als 100 m ohne Unterbrechung gehen.
- ☐ Ich bin bei kleinen Anstrengungen kurzatmig, z.B. beim Waschen oder Duschen.
- ☐ Ich bin auch in der Ruhe kurzatmig und brauche ständig Sauerstoff.

6. Husten Sie Blut?

- ☐ Ich huste kein Blut.
- ☐ Ich huste ein bisschen Blut.
- ☐ Ich verliere eine beträchtliche Menge Blut und werde deswegen operiert oder bekomme eine Laserbehandlung.
- ☐ Ich verliere eine große Menge Blut und bekomme darum eine Bluttransfusion.
- ☐ Ich habe eine sehr große Menge Blut verloren und musste deshalb operiert werden.

7. Müssen Sie husten?

- ☐ Ich huste nicht.
- ☐ Ich huste ein bisschen, nehme deshalb aber keine verschreibungspflichtigen Medikamente ein; die frei verkäuflichen Mittel genügen.
- ☐ Ich huste und nehme dagegen verschreibungspflichtige Medikamente ein.
- ☐ Ich huste viel, was mich bei meinen Alltagsaktivitäten behindert und/oder wodurch ich unzureichend Nachtruhe bekomme.

8. Husten Sie Schleim ab?

- ☐ Ich huste keinen Schleim ab.
- ☐ Ich habe ein einziges Mal etwas Schleim abgehustet.
- ☐ Ich huste Schleim ab und bin dadurch in meinen Alltagsaktivitäten eingeschränkt.
- ☐ Ich huste so viel Schleim ab, dass ich Probleme habe, mich selbst zu versorgen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hiermit erhalten Sie den nächsten Fragebogen zu Ihrer Behandlung bei MAASTRO clinic. Die Fragen betreffen verschiedene Bereiche. Bei jedem dieser Bereiche werden mehrere Möglichkeiten genannt. Wir bitten Sie, sich diese Möglichkeiten in aller Ruhe durchzulesen und danach anzukreuzen, welche Aussage derzeit am meisten auf Sie zutrifft. Auch bitten wir Sie, Ihr (zu Hause oder beim Arzt) zuletzt gemessenes Gewicht einzutragen. Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte im anliegenden Rückumschlag zurück. Heute schon recht herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Datacenter MAASTRO clinic