



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Betreuender Hausarzt

PLZ	Ort	<input type="radio"/> Stadt	<input type="radio"/> Land
Geschlecht		<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich

S6. Hausärztlicher Tätigkeitsbereich:

<input type="radio"/> Koordination der Behandlung
<input type="radio"/> Verlaufskontrollen (Labor)
<input type="radio"/> Schmerztherapie
<input type="radio"/> Umfeldbetreuung (Angehörige)
<input type="radio"/> „Rezeptieren“ / Überweisung
<input type="radio"/> Koordination ambulante Hilfen
<input type="radio"/> Sonstiges

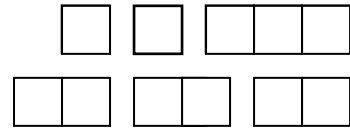
S7. Betreuende Dienste

<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Pflegestufe:
Pflegedienst	<input type="radio"/> ja Pflegestufe: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beantragt
Hospizdienst	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beantragt

S8. Wohnsituation

S9. Behandlungsort

<input type="radio"/> alleine	<input type="radio"/> eigene Wohnung
<input type="radio"/> mit Angehörigen	<input type="radio"/> bei Angehörigen
<input type="radio"/> Pflegeheim	<input type="radio"/> im Heim
<input type="radio"/> Betreutes Wohnen	<input type="radio"/> betreutes Wohnen
<input type="radio"/> Tagespflege	<input type="radio"/> bei Freunden
<input type="radio"/> Sonstige: _____	<input type="radio"/> Tagespflege
	<input type="radio"/> Praxis
	<input type="radio"/> Krankenhaus
	<input type="radio"/> Sonstige: _____



II. Allgemeinzustand

A1. Grunderkrankung

Diagnose	Erstdiagnose:	ICD10
TNM-Klassifikation		

A2. Tumorausbreitung/ Metastasen

Gehirn
 Lunge
 Leber
 Knochen
 sonstige:

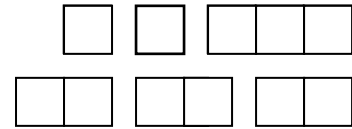
A3. Weitere Diagnosen

keine

1.	ICD10
2.	ICD10
3.	ICD10
4.	ICD10
5.	ICD10

A4. Funktionsstatus (ECOG)

0 Normale Aktivität
 1 Gehfähig, leichte Arbeit möglich
 2 Nicht arbeitsfähig, kann $\geq 50\%$ der Wachzeit aufstehen
 3 Begrenzte Selbstversorgung, $\geq 50\%$ der Wachzeit bettlägerig
 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig



A5. Karnofsky-Index (Aktivitätsindex)

- 100 Normal; keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung
- 90 Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome
- 80 Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome
- 70 Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit
- 60 Gelegentliche Hilfe, aber noch weitgehende Selbstversorgung
- 50 Häufige Unterstützung und medizinische Versorgung erforderlich
- 40 Überwiegend bettlägerig, spezielle Hilfe und Pflege erforderlich
- 30 Dauernd bettlägerig, evtl. Krankenhauseinweisung, jedoch keine akute Lebensgefahr
- 20 Schwerkranke, aktive unterstützende Therapie evtl. Krankenhauseinweisung
- 10 Moribund, rasches Fortschreiten der Erkrankung
- 0 Tod



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Beschwerden und Probleme

P1. Allgemeine Beschwerden

Beschwerden					Bemerkung
Schwäche	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark	
Pflegeprobleme wg. Wunden/ Dekubitus	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark	
Probleme mit Organisation der Versorgung	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark	
Überforderung der Familie	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark	

P2. Bemerkungen

P3. Besondere Probleme/ Einschränkungen

1.	<hr/>
2.	<hr/>
3.	<hr/>
4.	<hr/>



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. EORTC QLQ-C30 (Version 3.0)

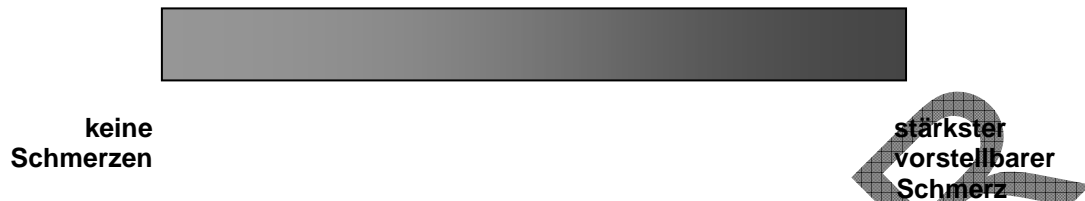
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
1. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen? (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen?)	1	2	3	4
2. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen <u>längeren</u> Spaziergang zu machen?	1	2	3	4
3. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine <u>kurze</u> Strecke außer Haus zu gehen	1	2	3	4
4. Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	1	2	3	4
5. Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	1	2	3	4
Während der letzten Woche :	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
6. Waren Sie bei der Arbeit oder anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
7. Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigung eingeschränkt?	1	2	3	4
8. Waren Sie kurzatmig?	1	2	3	4
9. Hatten Sie Schmerzen?	1	2	3	4
10. Mussten Sie sich ausruhen?	1	2	3	4
11. Hatten Sie Schlafstörungen?	1	2	3	4
12. Fühlten Sie sich schwach?	1	2	3	4
13. Hatten Sie Appetitmangel?	1	2	3	4
14. War Ihnen übel?	1	2	3	4
15. Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4



IVa. VAS

Wie würden Sie auf der unten aufgetragenen Skala insgesamt Ihre Schmerzintensität während der letzten Woche einschätzen?



MUSTER



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. HADS-D

Im Folgenden bitten wir Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie **in der letzten Woche** am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

<p>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</p> <p><input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/ gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</p> <p><input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</p> <p><input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht</p>	<p>Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft</p>
<p>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</p> <p><input type="checkbox"/> ja stimmt genau <input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ich kümmere mich soviel darum wie immer</p>
<p>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz soviel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</p> <p><input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich/ nie</p>	<p>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht</p>
<p>Ich fühle mich glücklich</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens</p>	<p>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen</p> <p><input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten</p>

© für die dt. Version Verlag Hans Huber, Bern 1995, 2004 © für die englische Originalausgabe NFER Nelson, Windsor 1994



VI. Therapieplan

T1. Medikation angesetzt von

keine

- Hausarzt
- Klinik / Ambulanz
- Facharzt
- Sonstige

→ letzte Änderung am _____ durch

keine

- Hausarzt
- Klinik / Ambulanz
- Facharzt
- Sonstige

Grund: _____

T2. Schmerz-Medikation / Comedikation angesetzt von

keine

- Hausarzt
- Klinik / Ambulanz
- Facharzt
- Sonstige

→ letzte Änderung am _____ durch

keine

- Hausarzt
- Klinik / Ambulanz
- Facharzt
- Sonstige

Grund: _____



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T3. Basistherapie (regelmäßig)

Medikament	Dosierung	Vorgegebener Zeitabstand		Indikation
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	

T4. Bedarfstherapie keine

Medikament	Dosierung	Vorgegebener Zeitabstand		Indikation
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	

T5. Notfallmedikation keine

Medikament	Dosierung	Vorgegebener Zeitabstand		Indikation
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T6. Chemotherapie keine

Medikament	Dosierung	Vorgegebener Zeitabstand		Indikation
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	

T7. Radiatio keine

Bereich:
Dosis:

T8. Alternative Therapie keine

Medikament	Dosierung	Vorgegebener Zeitabstand		Indikation
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja:	<input type="radio"/> nein	

VII. Weitere Therapie keine

Krankengymnastik	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
KMT	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ergotherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Logopädie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. Mitbehandlung/ Krankenhausaufenthalte

M1. Fachärzte keine

1.
2.
3.
4.
5.

M2. Psychoonkologe/ spiritueller Beistand

Psychoonkologe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Spiritueller Beistand	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

M3. Krankenhausaufenthalte im letzten halben Jahr keine

Grund	Anzahl	Durchschn. Dauer (d)	Einweisung durch*
<input type="radio"/> Chemo			
<input type="radio"/> Bestrahlung			
<input type="radio"/> OP			
<input type="radio"/> Schmerztherapie			
<input type="radio"/> AZ-Verschlecht.			
<input type="radio"/> Sonstiges			

*) Hausarzt / Klinik / Facharzt / Pflege / eigener Wunsch / sonstiges

IX. Alternative Therapien keine

Akupunktur	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
------------	--------------------------	----------------------------

Naturheilverfahren	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------	--------------------------	----------------------------

Osteopathie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
-------------	--------------------------	----------------------------

Homöopathie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
-------------	--------------------------	----------------------------

Sonstige:



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. Ernährung

E1. Enterale Ernährung

Oral	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
PEG-Sonde	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

E2. Parenterale Ernährung/ Flüssigkeitssubstitution

<input type="radio"/> s.c.	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> i.v.	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> über Port	<input type="radio"/> nein

XI. Hilfsmittel keine

<input type="radio"/> Port	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Spritzen	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Spritzenpumpe	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Medikamentenpumpe	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Sauerstoff	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Pflegebett	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Gehwagen/ Gehstützen	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Nachstuhl	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Absauggerät	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Inhalator	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Prothesen	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Sonstige:	



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XII. Stomaversorgung keine

<input type="radio"/> Tracheostoma	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Nephrostoma	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Ileostoma	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Kolostoma	<input type="radio"/> nein

XIII. Willenserklärungen

W1. Aufklärung

Über die Diagnose in vollem Umfang aufgeklärt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Über den aktuellen Status in vollem Umfang aufgeklärt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Über die Prognose in vollem Umfang aufgeklärt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

W2. Patientenverfügung

Patientenverfügung	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> diskutiert	<input type="radio"/> erstellt	<input type="radio"/> nein
Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> diskutiert	<input type="radio"/> erstellt	<input type="radio"/> nein
Betreuungsverfügung	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> diskutiert	<input type="radio"/> erstellt	<input type="radio"/> nein
Bevollmächtigter	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> (Ehe-)Partner	<input type="radio"/> Kinder	<input type="radio"/> Sonstige:
Betreuer(gerichtlich bestellt)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Angehöriger	<input type="radio"/> Bekannter	<input type="radio"/> Sonstige:
Arzt einbezogen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Notar einbezogen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Patientenverfügung (wichtige Aussage):				



XIV. Beurteilung der Versorgung und Behandlung (P)

(Beurteilung durch den Patienten selbst)

B1. Sind Sie mit Ihrer Schmerztherapie zufrieden?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
völlig **sehr**
unzufrieden **zufrieden**

B2. Sind Sie mit Ihrer Versorgung durch Ihre/n Hausarzt/-ärztin zufrieden?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
völlig **sehr**
unzufrieden **zufrieden**

B3. Sind Sie mit Ihrer Versorgung durch den Pflegedienst zufrieden?

kein Pflegedienst

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
völlig **sehr**
unzufrieden **zufrieden**

B4. Allgemeine Beurteilung

1. Durch welche Person fühlen Sie sich am besten betreut?

- Angehöriger
- Freund
- Bekannter
- Hausarzt
- eine Person der Hausarztpraxis
- eine Person des Krankenhauspersonals
- eine Person des Pflegedienstes
- eine Person des Hospizdienstes
- sonstige Person: _____



2. Durch welche Institution fühlen Sie sich am besten betreut?

Hausarztpraxis

Pflegedienst

Krankenhaus

Hospizdienst

Kirche

Selbsthilfegruppe

Krankenkasse

sonstige Institution: _____

3. Welches ist Ihr größter Kritikpunkt bei Ihrer Betreuung?

4. Welches ist Ihr wichtigster Verbesserungsvorschlag zu Ihrer Betreuung?



XV. Beurteilung der Versorgung und Behandlung (F)

(Beantwortung durch einen Angehörigen / Nahestehenden)

F1. Halten Sie die Schmerztherapie des Patienten für ausreichend?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
völlig sehr
unzufrieden zufrieden

F2. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung des Patienten durch den Hausarzt/-ärztin?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
völlig sehr
unzufrieden zufrieden

F3. Wie zufrieden sind Sie mit der Versorgung des Patienten durch den Pflegedienst

kein Pflegedienst

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
völlig sehr
unzufrieden zufrieden

F4. Allgemeine Beurteilung

1. Durch welche Person fühlen Sie sich als Angehöriger am besten in dieser Situation betreut?

- Angehöriger
- Freund
- Bekannter
- Hausarzt
- eine Person der Hausarztpraxis
- eine Person des Krankenhauspersonals
- eine Person des Pflegedienstes
- eine Person des Hospizdienstes



□	□	□	□	□
□	□	□	□	□

2. Durch welche Institution fühlen Sie sich als Angehöriger am besten betreut in dieser Situation?

Hausarztpraxis

Pflegedienst

Krankenhaus

Hospizdienst

Kirche

Selbsthilfegruppe

Krankenkasse

sonstige Institution: _____

3. Welches ist Ihr größter Kritikpunkt bei der Betreuung des Patienten?

4. Welches ist Ihr wichtigster Verbesserungsvorschlag zur Betreuung des Patienten?



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XVI. Eingesetzte Medikamentengruppen

Medikament (aktuell)	Substanz(en)	Indikation/Änderung
<input type="checkbox"/> Nichtopioide Analgetika		
<input type="checkbox"/> Opioide WHO-Stufe 2		
<input type="checkbox"/> Opioide WHO-Stufe 3		
<input type="checkbox"/> Koanalgetika		
<input type="checkbox"/> Kortikosteroide		
<input type="checkbox"/> Antidepressiva		
<input type="checkbox"/> Antiemetika		
<input type="checkbox"/> Neuroleptika		
<input type="checkbox"/> Sedativa/ Anxiolytika		
<input type="checkbox"/> Laxantien		
<input type="checkbox"/> Antibiotika		
<input type="checkbox"/> Diuretika		
<input type="checkbox"/> Kardiaka/ Antihypertensiva		
<input type="checkbox"/> Antiepileptika		
<input type="checkbox"/> Biphosphonate		
<input type="checkbox"/> Hormontherapie		
<input type="checkbox"/> Transfusionen		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		
<input type="checkbox"/> Alternative Medikation:		



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einverständniserklärung zur Studie „Medizinische Versorgung von Tumorpatienten in der Allgemeinmedizin“

(je1 Exemplar für Patient und Dokumentation)

Name der/ des Patienten/in:

Herr/ Frau

hat mit mir ein Aufklärungsgespräch über Sinn und Bedeutung der Studie anhand der schriftlichen Patienteninformation ausführlich und verständlich geführt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorliegende Patienteninformation erhalten, gelesen und verstanden habe. Über die Einzelheiten bei der Durchführung der Studie wurde ich unterrichtet. Alle meine Fragen wurden mir ausreichend und zu meiner Zufriedenheit vollständig beantwortet. Für die Entscheidung zur Studienteilnahme hatte ich genügend Zeit.

Ich stimme der Teilnahme an dieser Studie freiwillig zu. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Teilnahme an der Studie widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile für die Behandlung entstehen.

Ich stimme einer anonymisierten Aufzeichnung und Auswertung meiner in der Studie erhobenen Daten mit meiner Unterschrift unter dieses Dokument zu. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen.

Die Patienteninformation und eine Kopie der von mir unterschriebenen Einverständniserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Leiter dieser Studie (Herrn Dr. Peter Engeser).

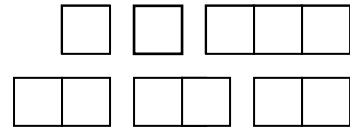
Bei Rücktritt von der Studie bin ich mit der Auswertung von bereits vorhandenem (Daten-) Material einverstanden.

Unterschrift:..... Datum:.....

Aufklärende Person:

Nachname: Vorname:

Unterschrift: Datum:.....



Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie nachdem Gespräch mit Ihrer/ Ihrem behandelnden/r Arzt/Ärztin bzw. uns Interesse haben, an der Studie „Versorgung von Tumorpatienten in der Allgemeinmedizin“ teilzunehmen.

Diese Studie dient dazu, zu dokumentieren, wie trotz der bestehenden Tumorerkrankung zu Hause ein Höchstmaß an Lebensqualität und allgemeiner medizinischer Versorgung erreicht werden kann. Dadurch möchten wir noch bessere Erkenntnisse gewinnen, wie derzeit die Möglichkeiten der Behandlung zu Hause durch Ihre/ Ihren Hausärztin/ Hausarzt und dem gesamten Betreuungsteam sind. Auf der anderen Seite wollen wir auch Schwachstellen erkennen, die kurz- und langfristig so verbessert werden müssen, dass Ihre Betreuung zu Hause und somit Ihre Lebensqualität weiter gesteigert werden kann.

Bei Teilnahme an dieser Studie werden Sie und Ihre Angehörigen gebeten, einen Fragebogen zu beantworten. Diesen möchten wir gerne gemeinsam mit Ihnen in einem persönlichen Gespräch im Rahmen Ihrer Behandlung im Klinikum oder bei Ihnen zu Hause ausfüllen.

Wenn Sie keinen persönlichen Besuch unsererseits wünschen, aber dennoch an der Studie teilnehmen möchten, besteht selbstverständlich die Möglichkeit, Ihnen und Ihren Angehörigen die Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag zu zusenden.

Wenn Sie sich bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen, werden Ihre gesamten Daten, Angaben und Fragebogen von uns in anonyme Auswertungsbogen übertragen, die eine Patientenummer und keine Angaben zu Ihrer Person enthalten. Nur uns ist es möglich, die Zuordnung der Nummern zu den Patienten zu entschlüsseln. Die anonymisierten Daten werden in einem Computer gespeichert und wissenschaftlich ausgewertet. Die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen werden in jeder Hinsicht eingehalten.

Wissenschaftliche Studien dieser Art sind ein Beitrag zur Weiterentwicklung des medizinischen Wissens und Handelns auf dem Gebiet der Versorgung von Tumorpatienten in ihrem häuslichen Umfeld. Da möglicherweise noch Verbesserungen nötig sind, ist die medizinische Wissenschaft hier auf die Mitarbeit der Patienten und deren Angehörigen angewiesen. Nur Sie selbst können eindeutig beurteilen, wie es Ihnen geht und was Ihnen in der Betreuung fehlt.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns durch Ihre Teilnahme an der Studie in unseren Forschungsbemühungen unterstützen könnten.

Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Studie freiwillig, und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Auswirkung auf die zukünftige medizinische Betreuung und Behandlung rückgängig gemacht werden. Dabei bitten wir zu bedenken, dass die Mitarbeit von Patienten an einer wissenschaftlichen Erhebung nur dann einen sinnvollen Beitrag zum Gesamtergebnis liefert, wenn der Patient diese abschließt.

Dr. Peter Engeser

Heidi Wahl