



Verfasserkürzel

Erhebungsdatum (TT/MM/JJJJ)

Demographische Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Größe (cm)	Gewicht (kg)	BMI (kg/m ²)
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Onkologische Diagnose

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onkologische Diagnose	Datum ED (MM/JJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weitere onkol. Diagnose	Datum ED (MM/JJ)

Teilnehmer an Bewegungsstudie

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nein	Studie & Interventionsarm

Metastasen

Knochenmetastasen vorhanden: Ja Nein

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lokalisation	Datum ED (MM/JJ)

Stabilitätsbeurteilung: Stabil Instabil Fehlt

Ruheschmerz (VAS 0-10):

Belastungsschmerz (VAS 0-10):

Sonstige Symptome, Gehstütze, Korsett

Hirnmetastasen vorhanden: Ja Nein

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Symptome	Datum ED (MM/JJ)

Sonstige Metastasen vorhanden: Ja Nein

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lokalisation	Datum ED (MM/JJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lokalisation	Datum ED (MM/JJ)

Onkologische Therapie

Operation: ja nein geplant

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bereich (z.B. Brust (re))		OP-Datum (MM/JJ)

Tracheostoma

Stoma

Narben
(Wundheilung nicht abgeschlossen)

Lokalisation der Narben

Chemo-therapie: ja nein geplant

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beginn (MM/JJ)	Ende (MM/JJ)	

Radio-therapie: ja nein geplant

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beginn (MM/JJ)	Ende (MM/JJ)	Bestrahlter Bereich

Port rechts links

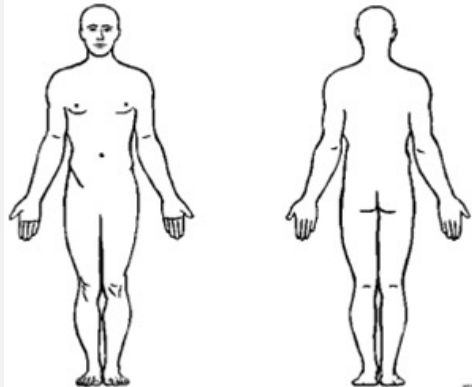
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OP-Datum (MM/JJ)

Onkologische Therapie (Fortsetzung):

Immuntherapie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geplant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Beginn (MM/JJ)	Ende (MM/JJ)
Sonstige-therapien:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geplant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Sonstige Therapie (z.B. Antikörper)	Beginn (MM/JJ) Ende (MM/JJ)
Antihormontherapie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geplant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Beginn (MM/JJ)	Ende (MM/JJ)

Therapieassoziierte Nebenwirkungen & Einschränkungen

Ungewollte Gewichtsveränderung (in den vergangenen 3 Monaten)	<input type="checkbox"/> Verlust <input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="text"/>	(Differenz in kg)
Red. körperl. Leistungsf. <input type="checkbox"/>	Fatigue <input type="checkbox"/>	Kognitive Einschr. <input type="checkbox"/>	Psychische Belastung <input type="checkbox"/>
Schlafstörungen <input type="checkbox"/>	PNP <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Füße	Lymphödeme <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine	
Beckenbodenschwäche <input type="checkbox"/>	Inkontinenz <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>	
Bewegungseinschränkung <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Schmerzen <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Lokalisation	(Lokalisation: Abb. oben)	(VAS 0-10) Schmerzmedikation



Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Letzte kardiologische Abklärung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum (MM/JJ)	Befund
Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>
	/ / SYS / DIA Medikation	<input type="text"/>
		Datum (MM/JJ)
Thrombose/Embolie <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Herzrasen/-stolpern <input type="checkbox"/>
	Datum (MM/JJ) Lokalisation	Synkopen <input type="checkbox"/>
		Druckgefühl im Brustkorb <input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden/Schwindel <input type="checkbox"/>		Luftnot <input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>
		Behandlung (z.B. Bypass, Stent)
		<input type="text"/>
		Sonstige

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Insulinpflichtig <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenfunkt. <input type="checkbox"/> Überf. <input type="checkbox"/> Unterf.	<input type="text"/>
	Diabetes Typ			Sonstige

Atemwegserkrankungen

Asthma <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sonstige <input type="text"/>
COPD <input type="checkbox"/>	Spray <input type="checkbox"/>	

Orthopädische Erkrankungen und Schadensbilder

		Lokalisation		
Arthrose	<input type="checkbox"/>		Muskuläre Probleme	
Arthritis	<input type="checkbox"/>		Verletzungen/Unfälle	
Osteoporose/-penie	<input type="checkbox"/>		Stürze	
TEP	<input type="checkbox"/>		Neurologische Schadensbilder	
Prothesen/Amputationen	<input type="checkbox"/>			
Immobilität		Einschätzung der Teilnahmefähigkeit		

Sonstiges

Keime		Sonstige Erkrankungen	
Sonstige Operationen			OP-Daten (MM/JJ)

Alltags- & Sportliche Aktivität

Wöchentlicher Aktivitätsumfang <u>vor</u> Diagnose (in Stunden/Woche)		Wöchentlicher Aktivitätsumfang <u>nach</u> Diagnose (in Stunden/Woche)	
Welche Aktivität/Sportart (vor)		Welche Aktivität/Sportart (nach)	
	Std./W		Std./W
	Std./W		Std./W
	Std./W		Std./W
	Std./W		Std./W

Patientenwunsch

Teilnahme			
Wohnortnahe Trainingsvermittlung <input type="checkbox"/>		Bewegungsberatung <input type="checkbox"/>	
(OnkoAktiv)			
Therapieziel		Konkrete Fragen	
Weitervermittlung gewünscht an:		Empfehlung für:	
Psychoonkologie	<input type="checkbox"/>	Ausdauer	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	Kraft	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	Prehab	<input type="checkbox"/>
		Rehasport	<input type="checkbox"/>
		Beckenboden	<input type="checkbox"/>
		Rudern	<input type="checkbox"/>

Sporttauglichkeit

Uneingeschränkt Sporttauglich	<input type="checkbox"/>	Begründung für eingeschränkte Tauglichkeit/Untauglichkeit		Bestätigt durch:	
Eingeschränkt Sporttauglich	<input type="checkbox"/>			Sporttauglichkeitsbescheinigung	<input type="checkbox"/>
Sportuntauglich	<input type="checkbox"/>			Ärztl. Verordnung (M56/G850)	<input type="checkbox"/>

Krankenkasse

Gesetzlich

Privat

Name der Kasse

Kontaktdaten Behandelnde Institutionen

Hausarzt

Kontaktdaten Hausarzt

Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Name des Zentrums

Name des Arztes

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Behandelndes Onkologisches Zentrum

Kontaktinformation Patient/-in

Telefon:

Mobil:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail:

Wie sind Sie auf und aufmerksam geworden?

Flyer

OnkoAktiv

Mund-Propaganda

Social Media

Facebook

Instagram

Internetseite

OnkoAktiv

Tumorboard

Presse/Zeitung

Weitere:

(spezifizieren)

Verlaufsdokumentation – Weitere med. Abklärung

Verlaufsdokumentation – Trainingstart

1. Trainingstermin

Intern

Extern

Termin

Uhrzeit

:

Teilnahme

Mitgliedschaft

Privatrezept

geplant via:

M 56

OTT

G 850

10er Karte

Vermittlungsdatum

Vermittlung an

OA-Institution

OnkoAktiv Partner

Vermittlung durch

Verlaufsdokumentation – Weitere Anmerkungen

Eine onkologische Reha hat
stattgefunden

Ja

Nein

Datum Ende der Reha

therapie  zentrum
HEIDELBERG

Kußmaulstr. 10
69120 Heidelberg
06221 650.600

www.therapiezentrum-hd.de