



## Fragebogen für Integrative Medizin

Patientinnenaufkleber

Datum: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

### ***Fragen nach aktueller Behandlungssituation, derzeitiger Krebstherapie, Beschwerdesymptomatik, Begleitmedikamenten und Zielen, die Sie sich von der Integrativen Medizin erhoffen***

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, damit wir gemeinsam ein individuelles Behandlungskonzept für Integrative Medizin erstellen können! Die Fragen beziehen sich auf die gegenwärtige Situation. Zögern Sie nicht bei Unklarheiten Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt zu fragen.

**Frage 1:** Was ist der höchste Grad Ihrer Schulausbildung?

- ☐ Haupt-/Realschule  
☐ Abitur  
☐ Studium/Fachhochschule

**Frage 2:** Wie ist Ihr Familienstand?

- ☐ verheiratet / in Partnerschaft  
☐ nicht verheiratet / nicht in Partnerschaft

**Frage 3:** Wie alt ist Ihr jüngstes Kind, welches in Ihrem Haushalt wohnt (falls zutreffend)?

- ☐ Ich habe keine Kinder.  
☐ Kind(er) wohnt(-en) nicht mehr in meinem Haushalt.  
☐ Jüngstes Kind im Haushalt ist \_\_\_\_ Jahre alt.

**Frage 4:** Welche Religionszugehörigkeit haben Sie?

- ☐ christlich  
☐ muslimisch  
☐ andere  
☐ keine

**Frage 5:** Wie sind Sie krankenversichert?

- ☐ gesetzlich  
☐ keine Angabe  
☐ privat oder mit Krankenhaus-zusatzversicherung

**Frage 6:** Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

- ☐ Nein, niemals  
☐ Ja, früher, ich habe vor \_\_\_\_ Jahren aufgehört.  
☐ Ja, ich rauche momentan, und zwar ca. \_\_\_\_ Zigaretten am Tag

**Frage 7:** Wie groß und schwer sind Sie aktuell?

\_\_\_\_\_ cm groß und \_\_\_\_\_ kg schwer

**Frage 8:** Wie oft in der Woche trinken Sie ein alkoholisches Getränk?

- ☐ Nie  
☐ 1-2mal pro Woche  
☐ 3-6mal pro Woche  
☐ Eher jeden Tag

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Frage 9:</b> Wie oft waren Sie schwanger?                                                                                                                                   | _____ mal schwanger                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Frage 10:</b> Wie viele Kinder haben Sie geboren?                                                                                                                           | _____ (Anzahl der Kinder)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Frage 11:</b> Wie alt waren Sie bei der ersten Geburt?                                                                                                                      | _____ (Alter bei erster Geburt)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Frage 12:</b> In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periodenblutung?                                                                                                       | _____ (Alter bei erster Menstruation)                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Frage 13:</b> Haben Sie aktuell noch Ihre Periodenblutung?                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig<br><input type="checkbox"/> Ja, aber unregelmäßig<br><br>Letzte Menstruation? _____ (Tag/Monat/Jahr)                                                                                                                                      |
| <b>Frage 14:</b> Haben Sie Hormone während oder nach den Wechseljahren als Tablette, Pflaster, Zäpfchen oder Creme eingenommen?                                                | <input type="checkbox"/> Nein, nie<br><input type="checkbox"/> Ja, bis zum Zeitpunkt meiner Krebserkrankung<br><input type="checkbox"/> Ja, früher, aber nicht mehr zum Zeitpunkt meiner Krebserkrankung<br><br>Wenn ja, wie lange? _____ (Jahre)                                                                  |
| <b>Frage 15:</b> Haben Sie vor den Wechseljahren Hormone zur Schwangerschaftsverhütung eingenommen (Tablette, Pflaster, Mirena®, Implanon®, NuvaRing®, 3-Monats-Spritze etc.)? | <input type="checkbox"/> Nein, nie<br><input type="checkbox"/> Ja, bis zum Zeitpunkt meiner Krebserkrankung<br><input type="checkbox"/> Ja, früher, aber nicht mehr zum Zeitpunkt meiner Krebserkrankung<br><br>Wenn ja, wie lange? _____ (Jahre)                                                                  |
| <b>Frage 16:</b> Treiben Sie regelmäßig Sport?                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Nein, niemals<br><input type="checkbox"/> Ja, ca. 1 Stunde in der Woche<br><input type="checkbox"/> Ja, ca. 2-4 Stunden in der Woche<br><input type="checkbox"/> Ja, mehr als 4 Stunden in der Woche                                                                                      |
| <b>Frage 17:</b> Wie oft pro Tag essen Sie Obst oder Gemüse in einzelnen Portionen?                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ich esse Obst und/oder Gemüse eher unregelmäßig<br><input type="checkbox"/> Ich esse Obst und/oder Gemüse ca. 1 mal pro Tag<br><input type="checkbox"/> Ich esse Obst und/oder Gemüse ca. 2 - 3mal pro Tag<br><input type="checkbox"/> Ich esse Obst und/oder Gemüse ca. 4 - 5mal pro Tag |
| <b>Frage 18:</b> Achten Sie bewusst auf eine fettarme Ernährung?                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, ich ernähre mich vorwiegend fettarm<br><input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen                                                                                                                                                            |
| <b>Frage 19:</b> Interessieren Sie sich für Diäten und Ernährungsprogramme?                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nein, nie<br><input type="checkbox"/> Ja, schon vor meiner Krebserkrankung<br><input type="checkbox"/> Ja, seit ich Krebs habe                                                                                                                                                            |
| <b>Frage 20:</b> Haben Sie bereits eine Diät mit dem Ziel der Gewichtsabnahme gemacht?                                                                                         | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Frage 21:</b> Würden Sie sich von einer Diät oder Ernährungsumstellung eine bessere Lebensqualität erhoffen?                                                                | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Weiß ich nicht                                                                                                                                                                                                            |

**Frage 22:** Würden Sie sich von einer Diät oder Ernährungsumstellung eine bessere Krebsheilung erhoffen?

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Weiß ich nicht.

**Frage 23:** Haben Sie bereits diätetische Lebensmittel angewandt?

- ☐ Nein  
☐ Ja (*bitte geben Sie an welche*)

•

•

•

•

**Frage 24:** Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) bekannt?

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Weiß ich nicht

**Frage 25:** Interessieren Sie sich für Integrative (früher komplementäre und alternative = unterstützende, ergänzende) Medizin?

- ☐ Nein, nie  
☐ Ja, schon vor meiner Krebserkrankung  
☐ Ja, seit dem Zeitpunkt meiner Krebserkrankung

**Frage 26:** Haben Sie sich schon über Methoden der integrativen Therapien informiert?

- ☐ Ja, wie viel? \_\_\_\_\_ (1 = etwas, 2 = mittel, 3 = ausführlich)  
☐ Nein.  
☐ Weiß ich nicht.

**Frage 27:** Gibt es in der Familie Krebserkrankungen?

- ☐ Nein  
☐ Ja

*Bitte geben Sie an, wer betroffen ist und welche Krebserkrankung vorliegt!*

---

---

---

**Frage 28:** Welche Krebserkrankung haben Sie?

- ☐ Brustkrebs  
☐ Eierstockkrebs  
☐ Gebärmutterhalskrebs  
☐ Gebärmutter Schleimhautkrebs  
☐ Eileiterkarzinom  
☐ Sarkom  
☐ Granulosazelltumor  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Frage 29:** Haben Sie Metastasen?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Weiß nicht

Wenn Sie keine Metastasen haben überspringen Sie bitte die Frage 30 und machen Sie bei Frage 31 weiter.

**Frage 30:** Falls Sie Frage 29 mit „Ja“ beantwortet haben, wo haben Sie die Metastasen?

(Mehrfachantworten möglich)

☐ Knochen

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Leber

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Lunge

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Gehirn

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Lymphknoten

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Lungenfell (Pleuraerguss, Pleurakarzinose)

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Bauchfell (Aszites, Peritonealkarzinose)

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Weiß ich nicht

festgestellt am: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Frage 31:** Wurden Sie wegen Ihrer Krebserkrankung bereits operiert?

☐ Ja

☐ Nein, ist aber geplant

☐ Nein, ist auch nicht geplant

☐ Weiß nicht

Wenn ja, wann war die letzte Operation wegen Ihrer Krebserkrankung?

\_\_\_\_\_  
(Tag/Monat/Jahr)

**Frage 32:** Erhalten Sie aktuell eine Chemotherapie oder haben Sie in der Vergangenheit eine Chemotherapie erhalten?

☐ Ja, erhalte ich aktuell

Welche? \_\_\_\_\_

Letzte Chemotherapie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Ja, habe ich erhalten

Welche? \_\_\_\_\_

Letzte Chemotherapie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Nein

☐ Weiß nicht

**Frage 33:** Erhalten Sie aktuell eine Antihormontherapie oder haben Sie in der Vergangenheit eine Antihormontherapie erhalten (z.B. Tamoxifen (z.B. Nolvadex<sup>®</sup>, Tamoxifen-ratiopharm<sup>®</sup>), Letrozol (z.B. Femara<sup>®</sup>), Anastrozol (z.B. Arimidex<sup>®</sup>), Exemestan (z.B. Aromasin<sup>®</sup>), Fulvestrant (Faslodex<sup>®</sup>), GnRH-Spritzen (z.B. Enantone<sup>®</sup>, Trenantone<sup>®</sup>))?

☐ Ja, erhalte ich aktuell

Welche? \_\_\_\_\_

Letzte Antihormontherapie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Ja, habe ich erhalten

Welche? \_\_\_\_\_

Letzte Antihormontherapie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ Nein

☐ Weiß nicht

**Frage 34:** Erhalten Sie aktuell eine zielgerichtete Therapie oder haben Sie in der Vergangenheit eine zielgerichtete Therapie erhalten (z.B. Trastuzumab (Herceptin®), Pertuzumab (Perjeta®), Lapatinib (Tyverb®), Bevacizumab (Avastin®), Trastuzumab Emtansin (T-DM1, Kadcyla®), Everolimus (Afinitor®), Afatinib (BIBW 2992, Gilotrif®), Denosumab (Xgeva®))?

- ☐ Ja, erhalte ich aktuell      Welche? \_\_\_\_\_  
Letzte zielgerichtete Therapie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- ☐ Ja, habe ich erhalten      Welche? \_\_\_\_\_  
Letzte zielgerichtete Therapie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

---

**Frage 35:** Erhalten Sie aktuell eine Bisphosphonattherapie oder haben Sie in der Vergangenheit eine Bisphosphonattherapie erhalten (z.B. Zoledronat (Zometa®), Ibandronat (Bondronat®), Alendronat (z.B. Fosamax®, Alendronsäure-ratiopharm®))?

- ☐ Ja, erhalte ich aktuell      Welche? \_\_\_\_\_  
Letzte Bisphosphonattherapie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- ☐ Ja, habe ich erhalten      Welche? \_\_\_\_\_  
Letzte Bisphosphonattherapie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

---

**Frage 36:** Nehmen Sie aktuell an einer klinisch-onkologischen Studie teil oder haben Sie in der Vergangenheit an einer klinischen Studie teilgenommen?

- ☐ Ja, nehme aktuell teil      Welche? \_\_\_\_\_  
Zeitraum der Studie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr bis Monat/Jahr)
- ☐ Ja, habe teilgenommen      Welche? \_\_\_\_\_  
Zeitraum der Studie: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr bis Monat/Jahr)
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

---

**Frage 37:** Erhalten Sie aktuell eine Strahlentherapie?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

---

**Frage 38:** Haben Sie in der Vergangenheit eine Strahlentherapie erhalten?

- ☐ Ja, vor weniger als 8 Wochen
- ☐ Ja, vor mehr als 8 Wochen
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

---

**Frage 39:**

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

1.) Medizinische Systeme (medical systems) (*Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben*)

|                                                                                                             |                                                                                                                          |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| • Anthroposophische Medizin<br>(Geisteswissenschaftliche Medizin<br>nach den Lehren von Rudolph<br>Steiner) | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht  |
| • Ayurveda<br>(traditionelle indische Heilkunst)                                                            | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht  |
| • Homöopathie                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht  |
| • Wassertherapie nach<br>Sebastian Kneipp                                                                   | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht  |
| • Ordnungstherapie nach<br>Sebastian Kneipp                                                                 | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Bewegungstherapie nach<br>Sebastian Kneipp                                                                | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Pflanzentherapie nach<br>Sebastian Kneipp                                                                 | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Traditionelle chinesische<br>Medizin<br>(chinesische Arzneimitteltherapie,<br>chinesische Akupunktur)     | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht  |

2.) Psyche-Körper-Interventionen (mind-body) (*Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben*)

|                                                                     |                                                                                                                          |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| • Autogenes Training<br>(von innen erzeugte<br>Entspannungstechnik) | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Biofeedback                                                       | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Gebet                                                             | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Hypnose                                                           | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Kunsttherapien<br>(Mal-, Musik-, Tanztherapie)                    | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Meditation                                                        | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Progressive Muskelrelaxation<br>nach Jacobson                     | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                          |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Qigong<br/>(chinesische Meditationsmethode)</li> </ul>                                                   | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Reiki<br/>(esotherische Praktik zur Selbstheilung)</li> </ul>                                            | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Simonton-Methode<br/>(Stärkung der Selbstheilungskräfte durch psychoonkologische Konzepte)</li> </ul>    | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sophrologie<br/>(Entspannungstechnik zur Herstellung des Gleichgewichts von Körper und Geist)</li> </ul> | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Thai Chi<br/>(chinesische Kampfkunst)</li> </ul>                                                         | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Yoga und Hormonyoga</li> </ul>                                                                           | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |

3.) Manipulative und Körper-Therapien (body based) (Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben)

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                          |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Akupunktur/Akupressur</li> </ul>                                                                                | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Chiropraxis/ Manuelle Therapie<br/>(Behandlung zur Wiederherstellung der Beweglichkeit von Gelenken)</li> </ul> | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Fußreflexzonenmassage</li> </ul>                                                                                | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Hydro- und Thermotherapie</li> </ul>                                                                            | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Massage und Lymphdrainage</li> </ul>                                                                            | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Neuraltherapie<br/>(Beeinflussung d. vegetativen Nervensystems durch Lokalanästhetika)</li> </ul>               | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Rolfing<br/>(Bindegewebsmassage)</li> </ul>                                                                     | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Osteopathie<br/>(Therapie von Funktionsstörungen des Bewegungsapparats)</li> </ul>                              | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Shiatsu<br/>(Kombination aus manuellen und energetischen Behandlungstechniken)</li> </ul>                       | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sport/Bewegung</li> </ul>                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |

4.) Biologische Therapien (biological based) (*Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben*)

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                          |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| • Ernährungsrichtlinien                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Immunstimulanzien und Krebsimmuntherapie<br>(z.B. Zytokine, Wachstumsfaktoren, Thymus-Serum-Faktor, Faktor AF 2, Bacillus Calmette-Guérin, Kehole Limpert Hemocyanin, Levamisol, Dimepranol, Inosin etc.) | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Krebsdiät                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Misteltherapie                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Orthomolekulare Therapie                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Pflanzentherapie                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Probiotika                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Schüßler-Salze                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Vitamine<br>(z.B. Vitamin C, D, E, etc.)                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Spurenelemente<br>(z.B. Zink, Selen, etc.)                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Enzyme<br>(z.B. Bromelain, Papain, Trypsin, Chymotrypsin, Phlogenzym, Wobenzym, Equizym MCA, etc.)                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |

5.) Energetische Therapien (energy based) (*Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben*)

|                                                             |                                                                                                                          |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Elektrotherapie<br>(Stimulation mit elektrischem Strom)     | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Licht- und Heliotherapie<br>(Einsatz von Licht und Sonne) | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |

6.) Sonstiges (*Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben*)

|                                                                   |                                                                                                                          |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| • Antihomotoxikologie<br>(Besondere Art der modernen Homöopathie) | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| • Chronotherapie<br>(Behandlungsmethoden bei<br>zirkadianen Rhythmusstörungen,<br>Schlafhygiene) | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Klimatherapie                                                                                  | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Ozon- und Sauerstofftherapie                                                                   | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Sonstiges: _____                                                                               | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Sonstiges: _____                                                                               | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Sonstiges: _____                                                                               | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| • Sonstiges: _____                                                                               | <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____ | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> weiß ich nicht |

**Frage 40:** Welche Beschwerden stehen für Sie aktuell  
im Vordergrund?

*(Mehrere Antworten möglich! Bitte kreuzen Sie an!)*

☐ Reduzierte Denkfähigkeit

☐ Fatigue/ Müdigkeit/ Antriebslosigkeit

☐ Schmerzen

Wo? \_\_\_\_\_

☐ Wechseljahresbeschwerden

☐ Durchfall

☐ Verstopfung

☐ Depressive Stimmung

☐ Beeinträchtigte Sexualaktivität

**Frage 41:** Bitte nennen Sie die Ihrer Ansicht nach derzeit fünf wichtigsten Beschwerden und wie sehr Sie sich durch diese beeinträchtigt fühlen. Bitte nennen Sie die Beschwerden, die Sie am meisten beeinträchtigen, zuerst und die anderen dann in absteigender Wichtigkeit.

|                              |                                |                                 |                                  |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft    | <input type="checkbox"/> selten  |
|                              | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |
| 2. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft    | <input type="checkbox"/> selten  |
|                              | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |
| 3. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft    | <input type="checkbox"/> selten  |
|                              | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |
| 4. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft    | <input type="checkbox"/> selten  |
|                              | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |
| 5. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft    | <input type="checkbox"/> selten  |
|                              | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |

**Frage 42:** Nehmen Sie zusätzlich weitere Medikamente für andere Erkrankungen ein?

☐ Nein

☐ Ja (*bitte geben Sie an welche*)

|                |                        |                         |
|----------------|------------------------|-------------------------|
| • Medikament 1 | _____                  | _____                   |
|                | (Name des Medikaments) | (Dosierung, Häufigkeit) |
| • Medikament 2 | _____                  | _____                   |
|                | (Name des Medikaments) | (Dosierung, Häufigkeit) |
| • Medikament 3 | _____                  | _____                   |
|                | (Name des Medikaments) | (Dosierung, Häufigkeit) |
| • Medikament 4 | _____                  | _____                   |
|                | (Name des Medikaments) | (Dosierung, Häufigkeit) |
| • Medikament 5 | _____                  | _____                   |
|                | (Name des Medikaments) | (Dosierung, Häufigkeit) |
| • Medikament 6 | _____                  | _____                   |
|                | (Name des Medikaments) | (Dosierung, Häufigkeit) |
| • Medikament 7 | _____                  | _____                   |
|                | (Name des Medikaments) | (Dosierung, Häufigkeit) |
| • Medikament 8 | _____                  | _____                   |
|                | (Name des Medikaments) | (Dosierung, Häufigkeit) |

**Frage 43:** Welche Ziele haben Sie mit der zusätzlichen Verwendung der Integrativen Medizin?

**Welche Ziele wollen Sie sofort erreichen?**

*(Kreuzen Sie bitte folgend die kurzfristigen Ziele an, die Sie haben)*

- ☐ Linderung von Symptomen der Krebserkrankung
- ☐ Reduktion von Nebenwirkungen der konventionellen (Krebs-)Therapien
- ☐ Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität
  
- ☐ Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung
- ☐ Stabilisierung von Körper, Seele und Geist
- ☐ Aktive Mitarbeit zur Bewältigung der Krebserkrankung
  
- ☐ Verzögerung des Wiederauftretens der Erkrankung (Rezidiv) oder von Metastasen bei Krebserkrankungen
- ☐ Verlängerung der Lebenszeit bei Krebserkrankungen
  
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Welche Ziele wollen Sie auf lange Sicht erreichen?**

*(Kreuzen Sie bitte folgend die langfristigen Ziele an, die Sie haben)*

- ☐ Linderung von Symptomen der Krebserkrankung
- ☐ Reduktion von Nebenwirkungen der konventionellen (Krebs-)Therapien
- ☐ Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität
  
- ☐ Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung
- ☐ Stabilisierung von Körper, Seele und Geist
- ☐ Aktive Mitarbeit zur Bewältigung der Krebserkrankung
  
- ☐ Verzögerung des Wiederauftretens der Erkrankung (Rezidiv) oder von Metastasen bei Krebserkrankungen
- ☐ Verlängerung der Lebenszeit bei Krebserkrankungen
  
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Patientin

---

Unterschrift Ärztin bzw. Arzt