



Name, Vorname: _____

Datum: _____

geboren am: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor Ihnen liegt ein Fragebogen zur Vorbereitung auf unser Gespräch im Rahmen der KOI Sprechstunde. Wir möchten Sie bitten in diesem Bogen Angaben zur bisherigen bzw. geplanten Nutzung von komplementärmedizinischen Verfahren, sowie zu Ihrem Beratungsbedarf zu machen. Bitte bringen Sie diesen ausgefüllten Fragebogen zum Termin mit oder schicken Sie uns diesen vorab per Post oder E-mail an die unten aufgeführte Adresse. Mehrfachantworten sind möglich. Bitte bedenken Sie, dass es kein richtig oder falsch gibt und wir Sie am besten beraten können, wenn Sie uns möglichst genau Auskunft geben.

Persönliche Daten und Erkrankungsanamnese

1 Diagnose:

Aktuelle Therapie:

Familienanamnese für Krebserkrankungen:

Trifft zu Trifft nicht zu

Wenn ja, welche Erkrankungen liegen in Ihrer Familie vor:

Relevante Vorerkrankungen:

.....
.....

Aktuelle Medikation

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja welche? (Name des Präparates, Darreichungsform und Dosierung)

.....
.....



Komplementärmedizinisch Verfahren, die genutzt wurden, derzeit angewendet werden oder geplant sind

Verfahren	Plane ich, in der Zukunft zu nutzen	Habe ich in der Vergangenheit genutzt	Nutze ich aktuell	Beurteilung der Wirkung (falls bereits genutzt)		
				positiv	negativ	unklar
Akupunktur/Akupressur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anthroposophische Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chinesische Kräuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuraltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misteltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Pflanzentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qigong/Tai Chi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Entspannungsverfahren:						
Autogenes Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Progressive Muskelrelaxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

Gibt es spezielle Wünsche im Hinblick auf das Beratungsgespräch bei uns?

.....

Vitamine und andere Präparate, die Sie selbstständig einnehmen

Führen Sie hier bitte alle Präparate auf, die Sie selbst zusätzlich einnehmen und die nicht von einem Arzt verordnet wurden (Name des Präparates, Darreichungsform und Dosierung)

z.B.: A-Z Depot, Abtei (Tabletten) einmal morgens (=1-0-0-0)

.....

.....

.....



Chronobiologie

Wie ist ihr Tagesrhythmus (Wann stehen Sie auf, gibt es Nickerchen zwischendurch, wann gehen Sie zu Bett; wie viele Stunden schlafen Sie geschätzt pro Nacht)?

.....
.....
.....

Schlafen Sie gut und erholsam? Besteht eine Ein- oder Durchschlafstörung?

.....

Auf einer Skala von 0-10 (0 ich bin sehr erschöpft, 10 = wo ist das Holz, das ich hacken kann) – auf welchem Energieniveau bewegen Sie sich durchschnittlich?

.....

Symptomlast

Bitte führen Sie im Folgenden aus, ob Sie sich durch Symptome/Therapie Nebenwirkungen derzeit belastet fühlen:

- Ich fühle mich den Umständen entsprechend gut
- Ich fühle mich im Moment nicht so gut und die 3 führenden Symptome/Probleme hierbei sind (bitte geben Sie in Klammern den Ausprägungsgrad an von 0-10; 0= nicht vorhanden, 10 = maximale Ausprägung):

.....
.....
.....

Ressourcenevaluation - Ernährung

Erzählen Sie uns bitte, wie Ihre Ernährung und das Trinkverhalten üblicherweise aussieht (nennen Sie gerne beispielhafte Lebensmittel, z.B. was Sie gestern gegessen haben):

Frühstück:

.....

Mittag:

.....



Abend:

.....

Zwischenmahlzeiten/Snacks (inkl. Tageszeit):

.....

Gibt es bestimmte Dinge, die Sie bei Ihrer Ernährung besonders berücksichtigen?

.....

Haben Sie seit Erkrankungsbeginn Gewicht verloren oder auffallend Gewicht zugenommen?

.....

Mein aktuelles Gewicht:

Meine Größe:

Mein Gewicht vor der Erkrankung:

Welche Aussagen zu Ernährungsgewohnheiten treffen noch auf Sie zu?

4

1. „Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem, was ich esse mein Wohlbefinden/meine Gesundheit beeinflussen kann.“

Trifft zu Trifft nicht zu

2. „Ich esse meist bewusst (ohne TV, ohne Zeitung), nehme mir für eine Mahlzeit mindestens 20 min. Zeit, setze mich dafür an einen Tisch, kaue jeden Bissen gründlich und genieße das Essen.“

Trifft zu Trifft nicht zu

3. Genussmittel sind keine Lebensmittel, aber sie können uns dennoch guttun, wenn wir sie in Maßen genießen (z.B. pro Tag 1-2 Tassen Kaffee, 1 Riegel dunkle Schokolade, 0,1 L Rotwein zum Essen). Genussmittel gönne ich mir:

- Nie
- Mehrmals pro Woche
- Täglich, jedoch in Maßen (s.o.)
- Täglich in größeren Mengen, manchmal auch als Mahlzeitenersatz



4. Um meinen Flüssigkeitsbedarf zu decken, trinke ich täglich mindestens 1,5 L Wasser, Kräutertees, Saftschorlen:

Trifft zu Trifft nicht zu

5. Rauchen Sie oder konsumieren Sie Drogen?

Trifft zu und zwar..... Trifft nicht zu

Ressourcenevaluation - Bewegung

1. Bewegen Sie sich zurzeit regelmäßig, d.h. für jeweils 30 min an mindestens 4 Tagen pro Woche (Spazieren gehen, Walken, Radfahren...)?

- Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.
- Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.
- Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- Ja, ich bewege mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig.
- Ja, ich bewege mich seit mehr als 6 Monaten regelmäßig.

2. „Ich habe Bewegung fest in meinen Alltag eingebaut (z.B. Treppe statt Lift).“

Trifft zu Trifft nicht zu

3. „Ich treibe regelmäßig Sport.“

Trifft zu Trifft nicht zu

Wenn ja.....x pro Woche, folgende Sportart

4. „Durch Krankheit bin ich körperlich in der Bewegung stark eingeschränkt.“

Trifft zu Trifft nicht zu

Ressourcenevaluation - Atmung

1. „Mir ist bewusst, dass meine Atmung mit meiner inneren Anspannung in Verbindung steht.“

Trifft zu Trifft nicht zu



2. „Ich achte mindestens einmal am Tag bewusst auf meine Atmung.“

Trifft zu

Trifft nicht zu

Ressourcenevaluation - Entspannung

1. Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasiereisen, Meditationen oder andere durch?

- Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.
- Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.
- Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- Ja, ich entspanne mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig, indem ich
.....
- Ja, seit mehr als 6 Monaten praktiziere ich täglich Entspannungsverfahren, indem ich
.....

Ja, aber eher unregelmäßig und nur bei Bedarf.

2. „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“

Trifft zu

Trifft nicht zu

3. „Ich habe den Eindruck, dass sich die Stressbelastung (z.B. innere Anspannung) negativ auf meine Gesundheit auswirkt.“

Trifft zu

Trifft nicht zu

4. „Ich bin überzeugt davon, dass ich Einfluss auf meine innere Anspannung nehmen kann.“

Trifft zu

Trifft nicht zu

Ressourcenevaluation - Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien

1. Haben Sie eine Methode aus dem Spektrum der naturheilkundlichen „Hausmittel“, wie Wasseranwendungen, Heilkräuter- oder Pflanzenanwendungen, regelmäßige Saunagänge oder Massagen zur Stärkung Ihrer Gesundheit bereits im Alltag integriert?



- Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.
- Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.
- Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- Ja, ich nutze seit weniger als 6 Monaten regelmäßig naturheilkundliche Hausmittel, und zwar
.....
- Ja, seit mehr als 6 Monaten nutze ich regelmäßig naturheilkundliche Hausmittel, und zwar
.....

Ressourcenevaluation – Gedanken/Gefühle/Einstellungen
--

1. „Ich denke oft und viel über Krankheit nach.“

Trifft zu Trifft nicht zu

2. Falls Sie aktuell noch erkrankt sind: „Für mich gibt es neben meiner Krankheit Dinge in meinem Leben, für die ich dankbar bin.“

Trifft zu Trifft nicht zu

Ich bin in der Nachsorge

3. „Meine Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt.“

Trifft zu Trifft nicht zu

4. Folgende Gedanken sind mir sehr vertraut und kommen mir öfter in den Sinn (mehrere Antworten möglich)

„Ich muss perfekt funktionieren und das, was ich mache gut machen.“

„Immer bleibt alle Arbeit an mir hängen. Mit mir kann man es ja machen.“

„Das Leben ist ungerecht!“

„Trauer und Schmerz gehören zum Leben dazu, es folgen immer wieder auch schöne Zeiten.“

„Ich bin zufrieden mit meinem Leben, so wie es ist.“



Ressourcenevaluation - Soziales Netz und Arbeit

1. „Ich fühle mich gut eingebunden im Kreis meiner Familie und/oder im Kreis meiner Freunde und Freundinnen.“
Trifft zu Trifft nicht zu
2. „Ich habe Familie/Freunde/Freundinnen, auf die ich mich verlassen kann. Wir helfen uns gegenseitig, wenn wir in Not sind.“
Trifft zu Trifft nicht zu
3. „Mir bereiten meine Arbeit und/oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“
Trifft zu Trifft nicht zu

Ressourcenevaluation - Lebensstilveränderung

1. „Ich habe bereits erfolgreich Verhaltensweisen meines Lebensstils (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert und konnte dies auch für einen langen Zeitraum beibehalten.“
Trifft zu Trifft nicht zu
2. „Wenn ich ein Verhalten in den genannten Lebensstilbereichen (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert habe, bin ich oft – bereits nach kurzer Zeit – wieder in alten Gewohnheiten gelandet.“
Trifft zu Trifft nicht zu

8

Vielen Dank, dass Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens Zeit genommen haben.

Wir freuen uns auf das Beratungsgespräch mit Ihnen!

Ihr KOI Team

Rücksendeadresse:

Komplementäre Onkologie Integrativ (KOI)

z.Hd. Dr. Claudia Löffler

Josef-Schneider-Str.6

97080 Würzburg

Mail: CCC_Anmeldung@ukw.de

Telefonnummer unserer Anmeldung bei Rückfragen: 0931-20135350