

## Patienten Betreuung - Fragebogen

Name: xx xx, \*xx.xx.xxxx

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

Aktuelle Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Letzte Kontrolluntersuchung/MRT

(Wenn möglich, legen Sie bitte den originalen Befundbericht als Kopie bei, insbesondere bei Befundverschlechterung, oder Angabe, wo wir diesen erhalten können.)

Datum:

Befundbeurteilung:

**Aktuelle Beschwerden nach der Strahlentherapie – Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Nutzen Sie bitte die Rückseite um genauere Angaben zu machen:**

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr nicht
Allgemeine Schmerzen in der bestrahlten Region?	0	1	2	3
Müdigkeit/Abgeschlagenheit?	0	1	2	3
Übelkeit?	0	1	2	3
Hautprobleme/Ausschläge in der bestrahlten Region?	0	1	2	3
Narbenbildung/Verhärtungen in der bestrahlten Region?	0	1	2	3
Pigmentierungsveränderung in der bestrahlten Region?	0	1	2	3
Schwellungen/Ödeme? Welche/Wo?	0	1	2	3
Beschwerden mit dem Sehen?	0	1	2	3
Gesichtsfeldeinschränkungen? Doppelbilder?	0	1	2	3
Taubheitsgefühle/Missempfindungen im Gesicht?	0	1	2	3
Ausfälle der Gesichtsmuskulatur?	0	1	2	3
Beschwerden beim Gehen?	0	1	2	3
Gewichtsverlust?	0	1	2	3
Krämpfe? Epileptische Anfälle?	0	1	2	3
Haarausfall?	0	1	2	3
Kopfschmerzen?	0	1	2	3
Gleichgewichtsstörungen/Schwindel?	0	1	2	3
Gedächtnisstörungen?	0	1	2	3
Veränderung der Gemütslage?	0	1	2	3
Hypophyseninsuffizienz	0	1	2	3



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

**Sind die Beschwerden allgemein besser geworden nach der Strahlentherapie?**

ja nein

Wenn ja, welche und wie?

**Sind neue Beschwerden nach der Strahlentherapie aufgetreten?**

ja nein

Wenn ja, welche und wann?

**Hatten Sie weitere Behandlungen nach der Strahlentherapie bei uns ?**

Operation

ja nein

Wenn ja, wann und welche?

(Wenn möglich, legen Sie bitte den originalen Operationsbericht als Kopie bei)

Nochmalige Strahlentherapie

ja nein

Wenn ja, wann und welche?

(Wenn möglich, legen Sie bitte den originalen Therapiebericht als Kopie bei)