

Sehr geehrte/er Patient/in,

in Vorbereitung auf Ihre Vorstellung in unserer Tumorfatigue-Sprechstunde bitten wir Sie, nachfolgende Angaben zu machen.

Name: _____

Vorname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Email: _____

Tel.: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Diagnose: _____

Zeitpunkt der Erstdiagnose: _____

Bisherige Therapien: _____

Datum letzte Therapie: _____

Wo wurde die Therapie durchgeführt? _____

Datum und Ergebnis letzte Nachsorgeuntersuchung:

Haben Sie andere Erkrankungen: _____

Bei psychischen Erkrankungen: Beginn _____

Welches sind Ihre Haupt- Beschwerden: _____

Ernährungsbesonderheiten: _____

Medikamente: _____

Ergänzende Therapien (Nahrungsergänzungsmittel, alternative Heilmethoden, etc.):

Falls Psychotherapie, wann _____

Falls psychoonkologische Betreuung, wann _____

Ausgeübter Beruf: _____

Sind Sie zurzeit berufstätig? Ja, Vollzeit Ja, Teilzeit Nein

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja: welche Art von Sport und wie oft: _____

Haben Sie das Gefühl sich entspannen zu können? Ja Nein

Nutzen Sie Entspannungsübungen? Ja Nein

Leiden Sie häufig an Infekten/Herpes-Infektionen? Ja Nein

Wenn ja: Wie oft und wo kommen die Infekte vor?

Wieviel Infekte _____ pro Jahr

Welche Infekte: _____

Leiden Sie aktuell unter einem Infekt? Ja _____ Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag, wie lange schon? _____

Wieviel Alkohol trinken Sie? keinen ca. _____ tgl.

EORTC QLQ C30-v3.0 1995

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Der nachfolgende Fragebogen dient der Erfassung der Lebensqualität von Krebspatienten. Bitte kreuzen Sie bei den Fragen jeweils eine Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	Überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
1. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder 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 in einem Bett liegen oder 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

6. Waren Sie bei der Arbeit oder anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
7. Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigungen 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
16. Hatten Sie Verstopfungen?	1	2	3	4
17. Hatten Sie Durchfall?	1	2	3	4
18. Waren Sie müde?	1	2	3	4

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 19. Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben eingeschränkt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren z.B. auf das Zeitung lesen oder das Fernsehen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Fühlten Sie sich angespannt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Haben Sie sich Sorgen gemacht? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Waren Sie reizbar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Fühlten Sie sich niedergeschlagen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammen- sein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Zahl, zwischen 1 und 7 an, die auf Sie am besten zutrifft.

29. Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

sehr schlecht

ausgezeichnet

30. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität insgesamt während der letzten Woche einschätzen?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

sehr schlecht

ausgezeichnet

Tumor Fatigue

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Bitte kreuzen Sie die nachstehenden Symptome jeweils mit Ja oder Nein an, wenn sie täglich bzw. fast täglich während einer Zwei-Wochen Periode im vergangenen Monat auftraten.

- 1. Deutliche Müdigkeit, Energieverlust oder inadäquat gesteigertes Ruhebedürfnis mit Beeinträchtigung des Lebens Ja Nein
- 2. Gefühl der allgemeinen Schwäche oder Gliederschwere Ja Nein
- 3. Konzentrationsstörungen Ja Nein
- 4. Störungen des Kurzzeitgedächtnisses Ja Nein
- 5. Gestörtes Schlafmuster (Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis) Ja Nein
- 6. Erleben des Schlafes als wenig erholsam Ja Nein
- 7. Mangel an Motivation oder Interesse, den normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen Ja Nein
- 8. Gefühl, sich zu jeder Aktivität zu zwingen Ja Nein
- 9. Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags Ja Nein
- 10. Nach körperlichen Anstrengungen mehrere Stunden andauerndes Unwohlsein Ja Nein
- 11. Ausgeprägte emotionale Reaktion auf die empfundene Erschöpfung (z.B. Niedergeschlagenheit, Frustration, Reizbarkeit) Ja Nein

ICD-10-Kriterien nach: Cella D for the American Fatigue Coalition Journal of Clinical Oncology 2001;19(14):3385-3391.

PHQ-9

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

	ÜBER- HAUPT NICHT	AN EINZELNEN TAGEN	AN MEHR ALS DER HÄLFTE DER TAGE	BEINAHE JEDEN TAG
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf				
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben				
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen				
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben				
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen				
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?				
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?				

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999)

GAD-7

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

	ÜBER- HAUPT NICHT	AN EINZELNEN TAGEN	AN MEHR ALS DER HÄLFTE DER TAGE	BEINAHE JEDEN TAG
1. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren				
3. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten				
4. Schwierigkeiten zu entspannen				
5. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt				
6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit				
7. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren				

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

**Überhaupt nicht
erschwert**

**Etwas
erschwert**

**Relativ stark
erschwert**

**Sehr stark
erschwert**

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med; 2006;166:1092-1097

Distress-Thermometer

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



NCCN 1.2011 Distress Management Guideline. © National Comprehensive Cancer Network

LASA

Wie würden Sie Ihre Fatigue auf der untenstehenden Skala, bezogen auf die letzten Tage, einstufen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1= keine Fatigue					10= stärkste Fatigue				

NCCN 1.2014 Cancer related Fatigue. © National Comprehensive Cancer Network

FACT – F Subscale 1997

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen, die von Patienten mit Ihren Symptomen als wichtig empfunden wurden. Bitte kreuzen Sie bei den nachfolgenden 13 Fragen die Zahl an, die am besten auf Sie zutrifft.

	Überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziem- lich	sehr
1. Ich bin erschöpft	0	1	2	3	4
2. Ich fühle mich insgesamt sehr schwach	0	1	2	3	4
3. Ich fühle mich lustlos (ausgelaugt)	0	1	2	3	4
4. Ich bin müde	0	1	2	3	4
5. Es fällt mir schwer etwas anzufangen, weil ich müde bin	0	1	2	3	4
6. Es fällt mir schwer etwas zu Ende zu führen, weil ich müde bin	0	1	2	3	4
7. Ich habe Energie	0	1	2	3	4
8. Ich bin in der Lage meinen gewohnten Tätigkeiten nachzugehen (Beruf, Einkauf, Schule, Freizeit, Sport, usw.)	0	1	2	3	4
9. Ich habe das Bedürfnis tagsüber zu schlafen	0	1	2	3	4
10. Ich bin zu müde, um zu essen	0	1	2	3	4
11. Ich brauche Hilfe bei meinen gewohnten Aktivitäten (Beruf, Einkauf, Schule, Freizeit, Sport, usw.)	0	1	2	3	4
12. Ich bin frustriert, weil ich zu müde bin die Dinge zu tun, die ich machen möchte	0	1	2	3	4
13. Ich musste meine sozialen Aktivitäten einschränken, weil ich zu müde bin	0	1	2	3	4

www.facit.org nach: Cella D, The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia (FACT-AN) Scale: a new toll for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. Seminars in Hematology 1997;34:13-9.

Kanadische Kriterien 2003, modifiziert

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Symptome an.

1. Zustandsverschlechterung nach Belastung und Erschöpfung

- deutliches Ausmaß einer neu aufgetretenen, anderweitig nicht erklärbaren, andauernden oder wiederkehrenden körperlichen oder mentalen Erschöpfung, die zu einer erheblichen Reduktion des Aktivitätsniveaus führt
- Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (Sie benötigen mehr als 24 Stunden, um sich zu erholen)
- Die Symptome können durch jede Art von Anstrengung oder Stress verschlechtert werden

2. Schlafstörungen

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus
- Schlaf führt zu keiner Erholung

3. Schmerzen

- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen
- Es liegen keine Schwellungen oder Rötungen der Gelenke vor und/oder starke Kopfschmerzen eines neuen Typs, Musters oder Schweregrades

4. Neurologische/Kognitive Manifestation

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses | <input type="checkbox"/> Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung, der Kategorisierung | <input type="checkbox"/> Desorientierung oder Verwirrung |
| <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörungen | <input type="checkbox"/> Bewegungskoordinationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zeitweise auftretende Lesestörungen | |

- Es kommt zu Überlastungserscheinungen (Rückfälle und/oder Ängste) durch:
zu viele Informationen (kognitive Überlastung)
zu viele Sinneseindrücke (Lichtempfindlichkeit und/oder Lärmempfindlichkeit)
zu viel seelischem Stress

5. Autonome Manifestation

- Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen)
führen zu Schwindel und/oder "Schwarzwerden vor Augen"
- Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf
- Schwindel und Benommenheit
- Extreme Blässe
- Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)
- Blasenstörungen
- Vasomotorische Instabilität (Instabilität des Gefäßtonus)
- Atemstörungen

6. Neuroendokrine Manifestation

- Häufig niedrige Körpertemperatur
- Hitze wird nicht gut vertragen
- Kälte wird nicht gut vertragen
- Appetitverlust
- Gesteigerter Appetit
- Gewichtszunahme
- Gewichtsabnahme
- Niedrige Blutzuckerspiegel
- Stress ist schlechter zu verarbeiten
- Stress führt zu einer Verstärkung der Erschöpfung und emotionaler Unsicherheit

7. Immunologische Manifestationen

- Schmerzhaft Lymphknoten
- Wiederkehrende Halsschmerzen
- Neue Allergien
- Bereits bestehende Allergien haben sich verändert
- Grippe Ähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl
- Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Medikamenten und/oder Chemikalien

Bell-Score 1995

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Diese Punkteskala dient als Messinstrument für die Schwere, der durch die Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen.

Bitte umkreisen Sie die Zahl, die am besten auf Sie zutrifft.

- 100 Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
 - 90 Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
 - 80 Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkungen spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstrengungen erfordern, Vollzeit zu arbeiten
 - 70 Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 90% der Norm – mit Ausnahme von Tätigkeiten, die einer Kraftanstrengung bedürfen; mit Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
 - 60 Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 70%—90% der Norm; Unfähig, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, wenn dort körperliche Arbeit gefordert wird; aber in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, wenn es um leichte Arbeiten geht und die Arbeitszeit flexibel gehandhabt werden kann
 - 50 Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 4-5 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
 - 40 Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50%-70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 3-4 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
 - 30 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50% der Norm reduziert; in der Regel ans Haus gefesselt; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 2-3 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
 - 20 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 30%-50% der Norm reduziert; bis auf seltene Ausnahmen unfähig, das Haus zu verlassen; den größten Teil des Tages ans Bett gefesselt; unfähig, sich mehr als eine Stunde am Tag zu konzentrieren
 - 10 Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern
 - 0 Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen
- Aus: The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome, David S. Bell, MD, S. 122 f. Addison-Wesley, Publishing Company, Reading, MA.

Karnofsky-Index 1949

Patienteninformation

Name Vorname
 geb. Datum

Diese Punkteskala dient als Messinstrument für die Schwere, der durch die Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen.

Bitte umkreisen Sie die Zahl, die am besten auf Sie zutrifft.

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	Schwerkrank, aktive unterstützende Ther., evtl. Krankenhauseinweisung
10	Moribund, rasches Fortschreiten der Erkrankung
0	Tod

Karnofsky DA, Burchenal JH. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press 1949:196.