

Oncol Res Treat	
	© 2016 S. Karger GmbH, Freiburg i.Br. www.karger.com/ort

Questionnaire
<u>Frage 1:</u> Weshalb haben Sie heute Ihren Arzt aufgesucht bzw. weshalb sind Sie in stationärer Betreuung?
O zur Therapie O akut aufgetretenes Problem / notfallmäßige Vorstellung
O zur Nachsorge O etwas anderes: bitte eintragen
<u>Frage 2:</u> Haben Sie bisher komplementäre oder alternative Heilverfahren begleitend oder anstelle der konventionellen Therapie eingesetzt?
O ja O nein
Wenn "ja", Listen Sie bitte auf welche Heilverfahren Sie begleitend oder anstelle der konventionellen Therapie einsetzen. Als Orientierung kann die Liste im Anhang dienen:
1. bitte eintragen
2. bitte eintragen
3. bitte eintragen
<u>Frage 3:</u> Verbessern die eingesetzten komplementären oder alternativen Heilverfahren Ihre Lebensqualität?
O Ja, weil bitte eintragen
O Nein, aber es verschlechtert sie auch nicht
O Nein, es belastet mich eher, weil ich
O das Gefühl habe zu wenig zu tun
O das Gefühl habe zu viel zu tun
O Zeit verliere, in der ich etwas anderes machen
Frage 4: Haben Sie mit Ihrem Hausarzt / Onkologen über den Einsatz alternativer oder komplementärer Behandlungsmethoden gesprochen?  O Nein (mit keinem der genannten)  O Ja
Wie hat der jeweilige Arzt reagiert?  Er hat mir zur alternativen oder komplementären Therapie geraten  Er hat meine Entscheidung zur Kenntnis genommen  Er hat mir von der alternativen bzw. komplementären Therapie abgeraten  O O O



Oncol Res Treat	
DOI: 10.1159/000446008	© 2016 S. Karger GmbH, Freiburg i.Br. www.karger.com/ort

<u>Frage 5:</u> Wie schätzen Sie die Wirkung der angewandten alternativen oder komplementären Behandlungsmethoden auf Ihre Erkrankung ein? (Mehrfachnennungen möglich

- O Ich setze keine komplementären oder alternativen Heilverfahren ein
- O Ich war dadurch körperlich stabiler
- O Das Immunsystem wurde gestärkt
- O Die Verträglichkeit der Chemotherapie, Bestrahlung bzw. Operation wurde verbessert
- O Begleitsymptome der Erkrankung (z.B. Schmerzen) wurden gelindert
- O Die Heilungschancen wurden verbessert
- O Die alternative oder komplementäre Behandlungsmethode war wirkungslos
- O Die alternative oder komplementäre Behandlungsmethode hat den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst
- O Ich kann die Wirkungen der alternativen oder komplementären Behandlungsmethoden nicht einschätzen

<u>Frage 6:</u> Wie viel haben Sie während der letzen drei Monate durchschnittlich im Monat für die alternativen oder komplementären Heilverfahren ausgegeben?

O keine Ausgaben
 O bis zu 15 €
 O 16 bis 50 €
 O 51 bis 100 €
 O 101 bis 250 €
 O mehr als 250 €



Oncol Res Treat	
DOI: 10.1159/000446008	© 2016 S. Karger GmbH, Freiburg i.Br. www.karger.com/ort

**Frage 7:** Auf Grund von Gesundheitsproblemen werden verschiedene Berufsgruppen aus dem Bereich der komplementären und konventionellen Medizin aufgesucht. Diese Frage bezieht sich auf Besuche bei Ärzten, Heilpraktikern, Chiropraktikern, etc.:

				Hauptur	Bitte beziehen Sie sich auf die Hauptursache für Ihren letzten Besuch (Bitte nur ein Kreuz)					Wie hilfreich war diese Besuch? (Bitte nur ein Kreuz)			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Vertreter der folgenden Berufsgruppen aufgesucht?	Ja	nein	Anzahl der Besuche innerhalb der letzten 3 Monate?	Auf Grund der Krebs- / Bluterkrankung	Auf Grund von Nebenwirkungen der Therapie	Um das Wohlbefinden zu steigern	einer anderen Ursache (Bitte tragen Sie diese ein)	sehr	etwas	gar nicht	Kann ich nicht beurteilen		
Arzt													
Chiropraktiker													
Homöopath													
Akupunkteur													
Heilpraktiker													
spiritueller Heiler													
Psychoonkologe													
Psychotherapeut													
Anderer	]	]		_				]		]			
bitte eintragen													
Anderer	_												
bitte eintragen													
Anderer	]	]		_	_			]		]	_		
bitte eintragen													



Oncol Res Treat	
	© 2016 S. Karger GmbH, Freiburg i.Br. www.karger.com/ort

**Frage 8**: Einige Ärzte bieten sowohl konventionelle als auch komplementäre Heilverfahren an. Diese Frage bezieht sich auf komplementäre und alternative Heilverfahren, die vom Arzt verschrieben wurden:

									Wie hilfreich war diese Behandlung?				
					rsache ur ein Kre		ese benandlung		andiun e nur e		uz)		
Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden komplementären oder alternativen Heilverfahren von Ihrem Arzt verschrieben bekommen?	Ja	nein	Wie häufig haben Sie diese Behandlung in den letzten 3 Monaten erhalten?	Auf Grund der Krebs- / Bluterkrankung	Auf Grund von Nebenwirkungen der Therapie	Um das Wohlbefinden zu steigern	einer anderen Ursache (Bitte tragen Sie diese ein)	sehr	etwas	gar nicht	Kann ich nicht beurteilen		
Manipulation													
Homöopathie													
Akupunktur													
Kräuter / Naturheilkunde													
Spirituelle Behandlung													
Andere <u>bitte eintragen</u>													
Andere <u>bitte eintragen</u>													
Andere <u>bitte eintragen</u>													



Oncol Res Treat	
DOI: 10.1159/000446008	© 2016 S. Karger GmbH, Freiburg i.Br. www.karger.com/ort

Frage 9: Diese Frage bezieht sich auf den Einsatz von pflanzlichen Präparaten und

Nahrungsergänzungsmitteln, einschließlich Tabletten, Kapseln und Tropfen: Bitte beziehen Sie sich Wie hilfreich war dieses Hauptursache für den letzten Einsatz (bitte Produkt? nur ein Kreuz) (Bitte nur ein Kreuz) Bitte geben Sie in jeder Kategorie bis (Bitte tragen Sie diese ein) Anzahl der Anwendungen Um das Wohlbefinden zu steigern zu drei Produkte an, Kann ich nicht beurteilen einer anderen Ursache Auf Grund der Krebs- / Bluterkrankung die Sie in den letzten innerhalb der letzten Auf Grund von Nebenwirkungen der 12 Monaten verwendet haben. Therapie Monate? gar nicht etwas sehr Kräuter / naturheilkundliche oder pflanzliche Präparate bitte eintragen Vitamine / Mineralien bitte eintragen bitte eintragen bitte eintragen Homöopathische Präparate bitte eintragen Andere Produkte bitte eintragen



Oncol Res Treat	
DOI: 10.1159/000446008	© 2016 S. Karger GmbH, Freiburg i.Br. www.karger.com/ort

Frage 10: Diese Fra	Frage 10: Diese Frage bezieht sich auf Selbsthilfe-Methoden:											
							ıf den Hauptgrund	Wie hilfreich war diese Anwendung?				
<u>,                                      </u>	1			für die letzte Anwendung (Bitte nur ein Kreuz)					(Bitte nur ein Kreuz)			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Selbsthilfe-Methoden angewandt?	Ja	nein	Wie häufig haben Sie diese Methode in den letzten 3 Monaten angewandt?	Auf Grund der Krebs- / Bluterkrankung	Auf Grund von Nebenwirkungen der Therapie	Um das Wohlbefinden zu steigern	einer anderen Ursache (Bitte tragen Sie diese ein)	sehr	etwas	gar nicht	Kann ich nicht beurteilen	
Meditation												
Yoga												
Qigong												
Tai Chi												
Entspannungs- Techniken												
Visualisierungen												
Teilnahme an traditioneller Heilungs-Zeremonie												
Beten für die eigene Gesundheit												
Andere  bitte eintragen												
Andere <u>bitte eintragen</u>												
Frage 11: Geschlect	ht:	O wei	blich O r	männlich				I	<u> </u>	<u> </u>		
Frage 12: Alter: bitte	e eint	<u>ragen</u>										
Frage 13: bitte eintragen		elche	Tum		oder	Blute	erkrankung	habe	n	Sie	?	
	<u>Frage 14:</u> Falls bei Ihnen eine Tumorerkrankung vorliegt: Sind bei Ihrer Erkrankung Metastasen bekannt? O ja O nein											
Frage 15: Wie lange	Frage 15: Wie lange haben Sie diese Erkrankung schon? bitte eintragen											



Oncol Res Treat	
DOI: 10.1159/000446008	© 2016 S. Karger GmbH, Freiburg i.Br. www.karger.com/ort

<b>T</b> reatme	nt	Supplementary Mate	riai						
Frage 16: Welch	e Art der The	rapie erhielten Sie	e innerha	alb der	letzten 3 Mo	nate1	?		
O eine C	hemotherapie	e (inklusive Antikö	rper-The	erapie)					
	o adjuvante	Chemotherapie	(nach	einer	Operation,	um	einem	Rückfall	der
E	Erkrankung vo	orzubeugen)							
(	) neoadjuvant	te Chemotherapie	e (vor eir	er gep	lanten Opera	ation)			
(	o andere Art o	der Chemotherapi	ie						
O Strahle	entherapie								
O Therap	oiepause								
O Nachs	orge								
O andere	Therapieforn	m: bitte eintragen							
O gar ke	ine Therapie								
Frage 17: Bitte g	jeben Sie an,	was Ihre aktuelle	tägliche	Aktivit	ät am bester	n bes	chreibt:		
O überha	aupt nicht eing	geschränkt							
O etwas	eingeschränk	t, mit leichten Syr	mptomer	า					
O mehr a	als 50% des T	ages bettlägerig							
O den ga	anzen Tag bet	tlägerig							
Frage 18: Bitte g	jeben Sie Aus	skunft über Ihren E	Bildungs	stand:					
O kein S	chulabschluss	5							
O Haupts	schulabschlus	SS							
O Realso	chulabschluss								
O Facha	bitur / Abitur								
O (Fach-	·) Hochschulal	bschluss							
O abges	chlossene Au	sbildung							
O etwas	anderes: bitte	e eintragen							
Frage 19: Sind S	Sie religiös?								
O ja	O nein								

**Frage 20**: Wie hoch ist ihr monatliches Nettoeinkommen?

(Diese Angabe ermöglicht eine Einschätzung der Ausgaben für alternative oder komplementäre Behandlungsmethoden im Bezug auf die finanziellen Möglichkeiten)

O unter 1000€ O 1000 – 2000 € O 2000 – 3000 € O 3000 – 4000 €

O über 4000 €