

# Anamnesebogen

## Onkologische Bewegungstherapie

LOGO  
EINRICHTUNG  
XXXXX

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laufende Nr.	Verfasser	Einrichtung	Erhebungsdatum (TT/MM/JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Größe (cm)	Gewicht (kg)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	

### Onkologische Diagnose

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onkologische Diagnose	Datum Erstdiagnose (MM/JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum Erstdiagnose (MM/JJJJ)	Lokalisation
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hirnmetastasen vorhanden:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum Erstdiagnose (MM/JJJJ)	Symptome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige Metastasen (Mit Diagnosedatum MM/JJJJ)	

### Therapie

Operation:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Bereich (z.B. Brust (re))	Operation(MM/JJJJ)
Chemo- therapie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Beginn (MM/JJJJ)	Ende (MM/JJJJ)
Radio- therapie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Beginn (MM/JJJJ)	Ende (MM/JJJJ)
		<input type="text"/>	
		Bestrahlter Bereich	

Antihormon- therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Beginn (MM/JJJJ)	Ende (MM/JJJJ)
Immun- therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Beginn (MM/JJJJ)	Ende (MM/JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige Therapie		Beginn (TT/MM/JJJJ)	Ende (MM/JJJJ)

**Trainingsrelevante Besonderheiten**

**Ungewollte Gewichtszunahme**  ja  nein  
(in den vergangenen 3 Monaten)

**Ungewollter Gewichtsverlust**  ja  nein  
(in den vergangenen 3 Monaten)

**+**  
Gewicht (kg)

**-**  
Gewicht (kg)

Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit

Fatigue

Knochendichteverlust

Bewegungseinschränkung

Beckenbodenschwäche

Inkontinenz

Tracheostoma

Port

Stoma

Psychische Belastung

Narben (Wundheilung nicht abgeschlossen)

Lymphödem Arme  Beine

Polyneuropathie Arme  Beine

Lokalisation der Bewegungseinschränkung

Lokalisation der Narben

**Trainingsrelevante nicht-onkologische Erkrankungen**

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Bluthochdruck

Herzinfarkt

Herzrhythmusstörung

Herzinsuffizienz

Herzrasen/-stolpern

Kreislaufbeschwerden/Schwindel

Druckgefühl im Brustkorb

Luftnot

Werte und Medikation

Sonstige

Bei Zutreffen einer Erkrankung oder eines Symptoms/Anzeichens, ist eine kardiologische Freigabe notwendig.

**Atemwegs-Erkrankungen**

Asthma

COPD

Sonstige

**Hormon- & Stoffwechselerkrankungen**

Diabetes  ja  nein  Insulinpflichtig

Schilddrüsenfunkt.  Überf.  Unterf.

Diabetes Typ

Sonstige

**Orthopädische-Erkrankungen**

Arthrose

Osteoporose

Prothesen/Amputationen

Künstliche Gelenke

Lokalisation

Lokalisation

Lokalisation

Sonstige

### Sonstige Erkrankungen

### Alltags- & sportliche Aktivität

Wöchentlicher Aktivitätsumfang vor der  
Diagnose in Stunden

Stunden  
Woche

Aktivität

Wöchentlicher Aktivitätsumfang seit  
Diagnose in Stunden

Stunden  
Woche

Aktivität

### Sporttauglichkeit

Ärztlich bestätigte Sporttauglichkeit  
vorhanden

- Bedingt bestätigt  
 Komplett bestätigt

Begründung für bedingte Bestätigung

Behandelnder Hausarzt

Behandelndes onkol. Zentrum

Name

Name

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

### Kontaktangaben

Telefon

Mobil

Straße

PLZ

Wohnort

Haben Sie einen konkreten Wunsch, konkrete Ziele für die Bewegungsintervention?

Liegen konkrete Therapieempfehlungen vor?

Haben Sie weitere Fragen oder Anmerkungen?

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten an die Koordinationsstelle des Vereines OnkoAktiv am NCT Heidelberg e.V. weitergegeben dürfen sowie dass sich die Koordinationsstelle des Vereines OnkoAktiv am NCT Heidelberg e.V. mit meinem behandelnden Arzt und dem mich behandelnden onkologischen Zentrum in Verbindung setzen darf.

Name des Therapeuten in Druckbuchstaben

Name des Kunden in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

### Allgemeine Trainingshinweise

**Kein Training 24 Std. nach der Chemotherapie sowie bei:** Fieber (über 38°), starker Infekt, starke Schmerzen, Dauerhafte Kreislaufbeschwerden/Schwindel, starke Übelkeit/Erbrechen, bei körperlicher Belastung zunehmende, akute oder neuauftretende Beschwerden, sehr niedrige Thrombozytenwerte (< 20 /nl), akute Thrombosen & Embolien.

Rücksprache mit NCT gewünscht?  ja

nein

### Notizen

### Kontakt OnkoAktiv

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT)  
Netzwerk OnkoAktiv  
z.H. Beate Biazeck

Im Neuenheimer Feld 460  
69120 Heidelberg  
Tel.: 06221-56-4693  
DECT: 06221 56-35669  
Telefax: 06221 56-5231

# Prozess „Anamnesebogen“

