HOCHSCHULE OSNABRÜCK PoWEr ONKOLOGISCHE PFLEGEFORSCHUNG

SPÄTER FORTFAHREN

Erkrankung

Von welcher **Art Krebserkrankung** sind Sie betroffen?

Wählen Sie alle zutreffenden Optionen

- [ ] Bauchspeicheldrüsenkrebs
- [ ] Blasenkrebs
- [ ] Brustkrebs/ Mammakarzinom
- [ ] CUP-Syndrom
- [ ] Darmkrebs
- [ ] Eierstockkrebs
- [ ] Gallenwegkrebs
- [ ] Gebärmutterkrebs (Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs)
- [ ] Hautkrebs/ Malignes Melanom
- [ ] Hirntumor
- [ ] Hodenkrebs
- [ ] Leberkrebs
- [ ] Leukämie
- [ ] Lungenkrebs
- [ ] Lymphom

HOCHSCHULE OSNABRÜCK PoWEr ONKOLOGISCHE PFLEGEFORSCHUNG

Symptome

Bitte wählen Sie den Zahlenwert, der Ihr **aktuelles Befinden** am besten beschreibt.

1 steht dabei für **keine Beschwerden** und **10** für die **schlimmstmöglichen Beschwerden**.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schmerz	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Müdigkeit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Übelkeit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Traurigkeit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Angst	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Benommenheit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Appetit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Allgemeinbefinden	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Weitere Probleme	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Versorgungssituation

Welche **Personengruppen oder Institutionen** unterstützen Sie in Ihrem Alltag?

Wählen Sie alle zutreffenden Optionen

- [ ] Mitglieder der Familie
- [ ] Nachbarschaft
- [ ] Freundinnen und Freunde
- [ ] Kirche
- [ ] Ehrenamtliche/Freiwillige
- [ ] Vereine
- [ ] Selbsthilfegruppen
- [ ] Pflegedienst
- [ ] Hospizdienst
- [ ] Haushaltshilfen
- [ ] Weitere Dienstleistungen (z. B. Gärtner:innen, Essen auf Rädern)
- [ ] Sonstige
- [ ] Keine der Personengruppen/Institutionen
- [ ] Weiß nicht