

ANAMNESE

NAME

GEBURTSDATUM

GESCHLECHT



GEWICHT

Gewicht

 kg

GRÖßE

Größe

 cm

ONKOLOGISCHE ERSTDIAGNOSE

Onkologische Diagnose

Erstdiagnose

KNOCHENMETASTASEN

Knochenmetastasen vorhanden?

- ja
 nein

Körperbereich

Erstdiagnose (Datum)

HIRNMETASTASEN

Hirnmetastasen vorhanden

- ja
 nein

Symptome

Erstdiagnose (Datum)

SONSTIGE METASTASEN

Sonstige Metastasen vorhanden

- ja
 nein

Lokalisation (inkl.
Erstdiagnosedatum)

OPERATIONEN

Operation

- ja
 nein

Körperbereich

Operation (Datum)

CHEMOTHERAPIE

Chemotherapie erhalten

- ja
 nein

Beginn (Datum)

Ende (Datum)

- Befund vom _____

RADIOTHERAPIE

Bestrahlung

- ja
 nein

Bestrahlter Bereich

Beginn (Datum)

Ende (Datum)

ANTIHERMONTHERAPIE

Antihormontherapie

- ja
 nein

Beginn (Datum)

Ende (Datum)

IMMUNTHERAPIE

Immuntherapie

- ja
 nein

Beginn (Datum)

Ende (Datum)

SONSTIGE THERAPIEN

Sonstige Therapien

- ja
 nein

Art der Therapie (Dauer)

GEWICHTSVERÄNDERUNGEN (IN VERGANGENEN 3 MONATEN)

Ungewollte Gewichtszunahme

- ja
 nein

Gewichtszunahme kg

Ungewollte Gewichtsabnahme

- ja
 nein

Gewichtsverlust kg

THERAPIEBEDINGTE SYMPTOME

Symptome

- Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
 Fatigue
 Knochendichteverlust
 Beckenbodenschwäche
 Inkontinenz
 Tracheostoma
 Port
 Stoma
 Psychische Belastung

Lymphödem

- Arme
 Beine

Polyneuropathie

- Hände
 Füße

Narben (Wundheilung noch nicht abgeschlossen) Lokalisation

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Herzinfarkt
 Herzrhythmusstörungen
 Herzinsuffizienz
 Herzrasen/-stolpern
 Kreislaufbeschwerden/Schwindel
 Druckgefühl im Brustkorb
 Luftnot

Blutdruckwerte

- Befund vom _____

Sonstige Erkrankungen

**Prothesen/Amputationen
(Lokalisation)**

ATEMWEGSEKRANKUNGEN

Atemwegserkrankungen

- Asthma
- COPD

Sonstige

Künstliche Gelenke (Lokalisation)

**HORMON- UND
STOFFWECHSELERKRANKUNGEN**

Diabetes

- ja
- nein
- Insulinpflichtig

Diabetes Typ

- I
- II

Schilddrüsenfunktionsstörung

- Überfunktion
- Unterfunktion

Sonstige

Sonstige

SONSTIGE

weitere Erkrankungen

ORTHOPÄDISCHE ERKRANKUNGEN

Arthrose (Lokalisation)

Osteoporose (Lokalisation)

ALLTAGS- UND SPORTLICHE AKTIVITÄT

**Wöchentlicher
Aktivitätsumfang
vor Diagnose**

h

Aktivität (Häufigkeit/Dauer)

**Wöchentlicher
Aktivitätsumfang
seit Diagnose**

h

- Befund vom _____

Aktivität (Häufigkeit/Dauer)

SPORTTAUGLICHKEIT

Ärztlich bestätigte Sporttauglichkeit vorhanden

- bedingt bestätigt
- komplett bestätigt

Begründung für bedingte Bestätigung

EIGENE TRAININGSZIELE UND -EMPFEHLUNGEN

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

Liegen konkrete Therapieempfehlungen vor?

Weitere Fragen/Anmerkungen

- Befund vom _____

(Datum, Ort und Unterschrift)

Kunde:

(Datum, Ort und Unterschrift)

Berater