



Ganzheitlicher Krebsberater

Informationsblatt 1

Datum: _____
Vorname/Name _____
Straße _____
PLZ/Wohnort _____
Telefon _____
Geburtsdatum _____
Jetziger Beruf _____
Frühere Berufe _____
Kinder _____
Religion ev _____ kath _____ Andere _____
Links- oder Rechtshänder _____

Krebsdiagnose _____
Krebsart _____
Diagnosedatum _____
Stadium (TNMG) _____
Lokalisation _____
Metastasen bei Erstdiagnose _____
Metastasen heute _____

Chirurgie des Tumors
Nein _____ Ja _____ Datum _____
Welche Operation wurde wann durchgeführt?

Wurden Teile Ihres Tumors aufgehoben?
Nein _____ Ja _____

Chemotherapie
Nein _____ Ja _____
Menge und Name der Chemoth. _____
Wie viele Zyklen? _____
Beginn der Chemo _____
Ende der Chemo _____
Wurde vorher ein Sensitivitätstest gemacht? _____

Bestrahlung
Nein _____ Ja _____
Dosis _____
Beginn der Bestrahlung am _____
Ende der Bestrahlung am _____

Hormontherapie mit _____
Blutgruppe _____
Größe Normalgew. Derzeitiges Gew _____
Privat versichert: Gesetzlich versichert _____
Blutdruck _____
Wann _____ hatten Sie zuletzt Fieber und warum?

Welche Therapie hat Ihnen Ihr Arzt jetzt vorgeschlagen

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit

Wie wurden Sie auf mich/uns aufmerksam

Status Quo nach Karnowsky _____

Karnowsky Schema:
100 Gesund, keine Beschwerden
90 Führt normales Leben, wenige Symptome
80 Etwas anstrengendes Leben, mehrere Symptome
70 Selbstversorger, nicht in der Lage aktiv zu leben
60 Benötigt teilweise Hilfe, Notwendiges wird erledigt
50 Benötigt täglich Hilfe und medizinische Betreuung
40 Benötigt permanent Hilfe
30 Schwere Behinderung, jedoch nicht lebensbedrohend
20 Schwer krank, benötigt Hilfe im Krankenhaus
10 Akute tödliche Bedrohung durch die Krankheit



Ganzheitlicher Krebsberater

Informationsblatt 2

Welches sind derzeit Ihre Hauptprobleme?

Welche Krankheiten haben Sie sonst noch?

Welche schweren Krankheiten hatten Sie schon?

Wer sind Ihre behandelnden Therapeuten?

Tragen Sie bitte eine Zahl ein

(1 = sehr gut; 10 = sehr schlecht)

Wie ist derzeit Ihr Appetit/Durst? _____

Wie ist Ihre Verdauung/Stuhlgang? _____

Wie ist Ihre körperliche Bewegung? _____

Haben Sie (bitte mit Ja oder Nein antworten)

Schlafstörungen _____ Amalgamfüllungen _____

Tote Zähne _____ Herzbeschwerden _____

Atemnot/Asthma _____ Unruhe/Müdigkeit _____

Störungen im Blasen/Gallenbereich _____

Erbrechen/Übelkeit _____ Allergien _____

Rücken/Gelenkprobleme _____ Magenschmerzen _____

Gelbsucht _____ Schmerzen _____

Blutungen _____ Anämie _____

Rauchen Sie? _____ Haben Sie früher geraucht und, wenn ja, wie viel am Tag? _____

Wie viel Alkohol trinken Sie? _____

Wie viel Wasser usw. trinken Sie täglich? _____

Bevorzugen Sie eine stationäre oder eine ambulante Behandlung? _____

Welche bedeutenden familiären Krankheiten gibt es?



Ganzheitlicher Krebsberater

Informationsblatt 3

Sind Sie
Vegetarier _____ Veganer _____ Rohköstler _____

Welche Fette/Öle benützen Sie zum Salat?

Und zum Braten?

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht?

Warum und wie erfolgreich?

Machen Sie derzeit eine Diät / bestimmte Ernährung?

Wie oft pro Woche essen Sie
Fleisch _____ Wurst _____

Wie viele Tassen Kaffee pro Woche? _____

Welche Ernährungsbücher haben Sie gelesen?

Können Sie Eiweiß/Fett/Kohlenhydrate unterscheiden?

Wissen Sie wo Transfettsäuren drin sind?

Was essen Sie nicht?

Was sind Ihre Lieblingspeisen?

Haben Sie eine Saftmaschine? _____

Sind Sie bereit, Ihre Ernährung wirklich umzustellen?

Haben Sie schon mal Einläufe gemacht?

Wie oft pro Tag Stuhlgang? _____

Können Sie baden? _____

Können Sie Fußbäder machen? _____

Wie viel Stunden pro Tag haben Sie nur für sich?



Ganzheitlicher Krebsberater

Informationsblatt 4

In welchen Lebenssystemen haben Sie am meisten Stress:

Ehe/Partner _____

Familie _____

Beruf _____

Finanzen _____

Andere _____

Bevor Sie Krebs hatten, wie glücklich waren Sie?

Wie glücklich sind Sie heute? _____

Beten Sie? _____

Gehen Sie regelmäßig in die Kirche? _____

Meditieren Sie? _____

Autogenes Training? _____

Psychoanalyse? _____

Energetische Arbeit ? _____

Neue Medizin? _____

Welche Krebsbücher gelesen? _____

Bewusstsein Tumor = Symptom _____

Was waren einmal Ihre Lebensträume? _____

Was würden Sie sehr gerne einmal tun? _____

Was möchten Sie mir noch mitteilen, wovon Sie glauben, dass es wichtig ist:

Welche Frage(n) möchten Sie unbedingt beantwortet haben:
