

Fragebogen zu Komplementärmedizinischen Therapien



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

komplementärmedizinische Therapien, beispielweise Naturheilverfahren, spezielle Ernährungs-methoden, Akupunktur, Homöopathie oder Hydrotherapie wie Kneippsche Anwendungen, sind weit verbreitet. Für einige dieser Behandlungen gibt es klinische Studien, die einen Vorteil belegen. Bei vielen Methoden ist jedoch die Datenlage sehr dünn oder nicht vorhanden. Sie werden aber dennoch häufig verschrieben und durchgeführt.

In den letzten Jahren ist die Nachfrage nach komplementärmedizinischen Therapien deutlich gestiegen. Viele Ärzte bieten neben der traditionellen Schulmedizin komplementärmedizinische Therapien an.

Um besser zu verstehen, welche dieser Methoden bei unseren Patienten am beliebtesten sind, welche vielleicht in der Vergangenheit schon eine Symptomlinderung oder einen anderen Effekt gezeigt haben, oder welche der Therapien auf Zurückhaltung bei unseren Patienten stoßen, haben wir einen Fragebogen zusammengestellt.

Wir würden Sie bitten, diesen Fragebogen so genau wie möglich zu beantworten. Ihre Antworten werden anonymisiert behandelt. Die gemachten Angaben haben keinen Einfluss auf Ihre weitere onkologische Behandlung. Sollten Sie diesen Fragebogen nicht beantworten wollen, entsteht Ihnen kein therapeutischer Nachteil.

Für Rückfragen stehen mein Team und ich Ihnen immer gerne zur Verfügung.

Mit den besten Wünschen für Ihre Genesung,

Ihre



Stephanie E. Combs

Vorstand:

Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)

Markus Zendler
(Kaufmännischer Direktor)

Anette Thoke-Colberg
(Pflegedirektorin)

Univ.-Prof. Dr. Peter Henningsen
(Dekan)

Bankverbindung:
Bayer. Landesbank Girozentrale
Kto-Nr. 20 272
BLZ 700 500 00

BIC: BYLADEMM
IBAN: DE82 7005 0000 0202 72
USt-IdNr. DE 129 52 3996

Nr. _____

1. Ihr Geschlecht

weiblich männlich

Ihr Alter

_____ Jahre

2. Ihr Familienstatus:

Single in einer Partnerschaft verheiratet
 verwitwet geschieden/getrennt

3. Haben Sie Kinder?

ja nein

Wenn ja, wie alt? _____

4. Ihre höchste schulische Ausbildung:

Hauptschule Realschule Gymnasium
 Universität/Fachhochschule andere: _____

5. Ihr monatliches Einkommen (Netto) beträgt

<1000 Euro 1000 – 2000 Euro 2000 – 3000 Euro
 3000 – 5000 Euro >5000 Euro

6. Ihre Krankenversicherung

gesetzlich privat

7. Für welche Krebserkrankung werden Sie derzeit bei uns behandelt?

(Mehrfachantworten möglich)

Brust Prostata Hodentumor Harnblase Lunge
 Niere Leber Lymphom Speiseröhre Bauchspeicheldrüse
 Gehirn Knochen Haut Darm Hals/Nase/Ohren
 Gynäkologischer Tumor andere: _____

8. Sie erhalten bei uns eine

Chemotherapie Strahlentherapie OP Hormontherapie
 Strahlentherapie + Chemotherapie
 andere: _____

9. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

ja nein

Wenn **ja**, welche? _____

10. Werden Sie derzeit, parallel zu Ihrer onkologischen Therapie mit einer komplementärmedizinischen Therapie behandelt?

ja nein

a) Wenn **nein**, warum können bzw. wollen Sie keine komplementärmedizinische Therapie in Anspruch nehmen? (Mehrfachantworten möglich)

wurde mir nicht angeboten kein Interesse zu wenig Information
 schlechte Erfahrung andere: _____

b) Wenn **ja**, welche? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Vitamine/Mineralstoffe	<input type="checkbox"/> Kräuter	<input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel
<input type="checkbox"/> Massage	<input type="checkbox"/> Chiropraktik	<input type="checkbox"/> Pilates
<input type="checkbox"/> Osteopathie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Meditation
<input type="checkbox"/> Tai Chi	<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Qi Gong
<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Musik-/Kunsttherapie	<input type="checkbox"/> Atmungsübungen
<input type="checkbox"/> Ozontherapie	<input type="checkbox"/> Lichttherapie	<input type="checkbox"/> Homöopathie
<input type="checkbox"/> Hydrotherapie	<input type="checkbox"/> Hypnotherapie	<input type="checkbox"/> Ayurveda
<input type="checkbox"/> Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)	
<input type="checkbox"/> andere: _____		

c) Wenn **ja**, durch wen wird diese Behandlung durchgeführt?

Hausarzt/-ärztin Onkologe/-in Heilpraktiker/-in
 andere: _____

d) Wenn **ja**, wie sind Sie auf diese Therapie aufmerksam geworden?
(Mehrfachantworten möglich)

selbst recherchiert (Internet, Zeitung...) Empfehlung durch den/die Hausarzt/-ärztin
 Empfehlung anderer Krebspatienten Empfehlung durch den/die Onkologen/-in

- Empfehlung durch Familie, Freunde, Bekannte
 andere: _____

e) Wenn ja, wie wirken die von Ihnen verwendeten komplementärmedizinischen Therapien?

- guter Effekt mittelmäßiger Effekt kein Effekt ungewiss

f) Wenn ja, haben Sie aufgrund der von Ihnen verwendeten komplementärmedizinischen Therapien Nebenwirkungen?

- ja nein ungewiss

Wenn ja, welche? _____

11. Warum nehmen bzw. würden Sie gerne komplementärmedizinische Therapien in Anspruch nehmen? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> um das Immunsystem zu verbessern | <input type="checkbox"/> um aktiver zu werden |
| <input type="checkbox"/> um keine Chance/Möglichkeit auszulassen | <input type="checkbox"/> wegen positiver Erfahrungen |
| <input type="checkbox"/> um die Nebenwirkungen der Therapie zu verringern | <input type="checkbox"/> um Stress zu reduzieren |
| <input type="checkbox"/> um eine bessere Wirkung der onkologischen Therapie zu erlangen | |
| <input type="checkbox"/> wegen persönlicher Empfehlung durch einen Arzt | |
| <input type="checkbox"/> wegen Studienergebnissen, die besagen, dass Komplementärmedizin einen Behandlungsvorteil hat | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

12. Haben Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt über Ihre aktuellen komplementärmedizinischen Therapien oder allgemein über diese Methoden gesprochen? (Mehrfachantworten möglich)

ja, weil

- der Arzt danach gefragt hat
 der Arzt darüber informiert sein sollte
 ich die Meinung des Arztes wissen wollte
 andere: _____

nein, weil

- der Arzt nicht danach gefragt hat
 es nicht wichtig ist für den Arzt
 der Arzt nicht einverstanden sein könnte
 andere: _____

13. Falls Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt darüber gesprochen haben, wie war ihre/seine Reaktion?

14. Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal komplementärmedizinische Therapien in Anspruch genommen?

ja nein

a) Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vitamine/Mineralstoffe | <input type="checkbox"/> Kräuter | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Chiropraktik | <input type="checkbox"/> Pilates |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Meditation |
| <input type="checkbox"/> Tai Chi | <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Qi Gong |
| <input type="checkbox"/> Yoga | <input type="checkbox"/> Musik-/Kunsttherapie | <input type="checkbox"/> Atmungsübungen |
| <input type="checkbox"/> Ozontherapie | <input type="checkbox"/> Lichttherapie | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Hydrotherapie | <input type="checkbox"/> Hypnotherapie | <input type="checkbox"/> Ayurveda |
| <input type="checkbox"/> Hyperthermie | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

b) Wenn ja, aus welchem Grund haben Sie diese Behandlung durchgeführt?

c) Durch wen wurde diese Behandlung durchgeführt?

- Hausarzt/-ärztin Onkologe/-in Heilpraktiker/-in
- andere: _____

d) Wie sind Sie auf diese Behandlung aufmerksam geworden?

- selbst recherchiert (Internet, Zeitung...) Empfehlung durch den/die Hausarzt/-ärztin
- Empfehlung anderer Krebspatienten Empfehlung durch den/die Onkologen/-in
- Empfehlung durch Familie, Freunde, Bekannte
- andere: _____

15. Welches Informationsmaterial würden Sie sich über komplementärmedizinische Therapien wünschen? (Mehrfachantworten möglich)

persönliches Beratungsgespräch

Flyer/Broschüren

Informationen auf der Homepage der Abteilung

andere: _____

16. Wenn Ihre Krankenkasse die Behandlung mit komplementärmedizinischen Methoden nicht bezahlen würde, wären Sie bereit die Kosten hierfür selbst zu übernehmen?

ja

nein

a) Wenn ja, was würden Sie monatlich dafür ausgeben? _____

b) Was haben Sie in der Vergangenheit monatlich dafür ausgegeben? _____

17. Wenn komplementärmedizinische Therapien in der onkologischen Therapie angeboten werden würden, wie viele zusätzliche Termine pro Woche bzw. wie viel Zeit hätten Sie dafür zur Verfügung?

18. Würden Sie sich durch uns parallel zur onkologischen Therapie mit komplementärmedizinischen Methoden (z.B. Akupunktur) behandeln lassen?

ja

nein

Kommentare

*** Wir bedanken uns bei Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens! ***