



MEINE DIAGNOSE

Der Name meines **Onkologen** lautet: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name meiner **Pflegefachperson** oder eines anderen Mitarbeiters: _____

Wie weit hat der **Tumor** gestreut? _____

Wie kann man feststellen, wie schnell er wächst? _____

Wohin hat der **Tumor** gestreut? (Alles Zutreffende ankreuzen)

Gehirn Knochen Lymphsystem Leber Lunge Anderes

Werde ich **Symptome** aufgrund der **Tumore** spüren?

Welche Untersuchungen müssen jetzt durchgeführt werden und wie lange wird dies dauern?

Welche **Art von Brustkrebs** habe ich? (Alles Zutreffende ankreuzen)

Hormonrezeptor-positiv Hormonrezeptor-negativ

HER2-positiv HER2-negativ

Dreifach-negativ

Welche Bedeutung hat dies für meine Behandlung?

Haben Sie diese Art von **Krebs** schon einmal behandelt?

Was denken Sie, muss ich noch über diesen Krebs wissen?



MEINE BEHANDLUNG

Welche Medikamente werde ich einnehmen? _____

Welche **Nebenwirkungen** sind möglich? _____

Gibt es etwas, das ich vor und nach der Behandlung essen oder trinken kann, um **Schwindel, Diarrhö** oder andere **Nebenwirkungen** zu lindern?

Was kann ich tun, um besser mit der Müdigkeit aufgrund des Krebses oder der Behandlung zurechtzukommen?

Ich habe Angst vor **Haarverlust**. Gibt es etwas, das ich tun kann, um diesen zu verhindern?

Wie oft werde ich mich der **Behandlung** unterziehen müssen?

Werde ich intravenöse Infusionen benötigen?

Wieviel Zeit sollte ich für die Sitzungen einplanen?

Wann und wie werden Sie meine Progression überprüfen?

Werde ich eine **Strahlentherapie** oder **Operation** erhalten?

Was muss ich bei einer Teilnahme an einer **klinischen Studie** wissen und berücksichtigen?



MEINE EMOTIONEN

Wer in dieser Praxis oder **Klinik** kann mir bei **Angstzuständen** oder **Depressionen** helfen?

Gibt es einen **Psycho-Onkologen** oder **Berater**, der in der Behandlung von metastasiertem Brustkrebs erfahren ist und mir helfen kann?

Name: _____ Telefonnummer: _____

Name: _____ Telefonnummer: _____

Name: _____ Telefonnummer: _____

Name: _____ Telefonnummer: _____

Kann ich den Namen eines Mitarbeiters eines Unterstützungsdienstes erfahren, der mit **MBC***-Patienten arbeitet?

Welche **Selbsthilfegruppen** für Frauen mit **MBC** gibt es in dieser Gegend?

Wo sonst kann ich mit anderen Frauen in Kontakt treten, die an **MBC** leiden?

Gibt es **Berater**, die mir helfen können, mit meiner Familie zu sprechen?

Werden diese Leistungen von meiner **Krankenkasse** übernommen?

* «MBC» steht für «metastasierter Brustkrebs».



MEINE GESUNDHEIT

Ich mache mir Sorgen um meine Ernährung. Haben Sie einen **Ernährungsberater**, der mit Patienten arbeitet, die Medikamente gegen Krebs einnehmen und **Chemotherapie** erhalten?

Name: _____ Telefonnummer: _____

Gibt es etwas, das ich tun kann, um mich stärker/weniger schwach zu fühlen?

Gibt es **komplementäre** Therapien oder spezialisierte Zentren, die Sie empfehlen können, die mit Krebspatienten zusammenarbeiten?

Welche **Komplementärmediziner** arbeiten mit Ihrer Klinik oder medizinischen Praxis zusammen?



MEINE BEZIEHUNGEN

Können Sie mir sagen, wie ich anderen meine **Diagnose** mitteilen kann?

Können Sie mich an einen Kinderpsychologen überweisen, der Erfahrung mit **Erkrankungen im Endstadium** in der Familie hat?

Name: _____ Telefonnummer: _____

Können Sie mir Informationsmaterial oder Broschüren über die Bedeutung der **Diagnose** für meine Familie zur Verfügung stellen?

Wird die Behandlung mein **Sexualleben** beeinträchtigen?



MEINE ARBEIT

Wie lange werde ich voraussichtlich **während der Behandlung arbeiten** können?

Wann werde ich wissen, ob ich auf die **Behandlung** anspreche? Nach der ersten Therapie oder später?

Wird es Momente geben, in denen ich mich stärker fühle und arbeiten könnte, wenn ich wollte?

Wie gehen Menschen in meiner Situation gewöhnlich mit **Arbeit** um?

NOTIZEN

Was habe ich gelernt?

Was ist mir wichtig?

Welche Fragen habe ich?
