

Sehr geehrte(r) Patient(in),

wir weisen Sie darauf hin, dass die Behandlung, die Sie erhalten haben, in den meisten Fällen mehrere Wochen (bis zu 2-3 Monate) nach Bestrahlungsende noch wirksam werden kann.

Sollte die Therapie nach dieser Zeit nicht zu einer zufriedenstellenden Besserung der Symptomatik geführt haben, empfehlen wir eine Wiedervorstellung zu einer zweiten Behandlungsserie.

Zuvor bitten wir um Vorstellung beim überweisenden Arzt/Ärztin zur weiteren Betreuung.

Zur Sicherung einer hohen Behandlungsqualität sind wir auf Ihre Rückmeldung angewiesen. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen **ca. 3 Monate nach Ende der Bestrahlung** auszufüllen und uns zukommen zu lassen, gerne auch per E-Mail oder Einwurf, ODER zu Ihrem Termin mitzubringen.

Ihre Strahlentherapie-Praxis

Name: _____ Geb.Datum: _____

Bestrahlter Körperteil: _____ Behandlungszeitraum: _____

Beschwerdeverlauf:

subjektives Schmerzempfinden (NRS 0–10)

0 = kein Schmerz 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz:

vor Therapie: ____ /10 **aktuell:** ____ /10

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> deutliche Besserung | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel reduziert/abgesetzt |
| <input type="checkbox"/> leichte Besserung | <input type="checkbox"/> unveränderter Schmerzmittelbedarf |
| <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> weiterhin regelmäßige Schmerzmedikation |
| <input type="checkbox"/> verschlechtert | |

Funktion / Alltag

- Beweglichkeit verbessert
- Belastbarkeit verbessert
- Alltag erleichtert
- keine relevante Veränderung

Nebenwirkungen

- keine relevanten Nebenwirkungen
- Hautreaktion
- Müdigkeit/Fatigue
- vorübergehende Schmerzverstärkung
- Sonstiges: _____

Datum: