

Datenerfassungsbogen

Datum:

aktualisiert:

Angaben zur Person

Betroffener

Angehörige/r

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Schulabschluss: _____

Berufsausbildung: _____

Name der Krankenkasse: _____

gesetzlich

privat

Erwerbstätigkeit: letzte berufliche Stellung: Selbständig

Angestellter

Vollzeit

Teilzeit

Geringfügig

Krankgeschrieben

Ja, seit:

Nein

Aussteuerung

Ja, seit:

Nein

Altersrente

Ja, seit

Nein

Erwerbsminderungsrente

Ja, seit

Nein

Migrationshintergrund

Ja, Herkunftsland:

Nein

Familienstand: _____

Feste Partnerschaft:

Ja

Nein

Kinder (Anzahl und Alter): _____

Entfernung zur Krebsberatungsstelle: _____

Wie haben Sie von der

Krebsberatungsstelle erfahren? (Zuweiser) _____

Tumorerkrankung:

Betroffene/r Partner/in Mutter Vater Kind Bekannte/r Sonstige

Krebsdiagnose: _____

Erstdiagnose (Monat/Jahr): _____

Metastasen

Rezidiv

Remission

kurativ

palliativ

nicht beurteilbar

Therapie aktuell:

Bestrahlung

Chemotherapie

Andere

Therapie geplant:

OP

Chemotherapie

Bestrahlung

Andere

Therapie abgeschlossen:

OP

Chemotherapie

Bestrahlung

Andere

Nebendiagnosen:

Somatische Erkrankungen: _____

Psychische Erkrankungen: _____