



## 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: \_\_\_\_\_