



Mein Leben mit NET

Neuroendokrine Tumoren:
Information und Unterstützung

Ihre medizinischen Daten und Behandlungen

Dieses Dokument ist dafür vorgesehen, Sie bei der Aufzeichnung von wichtigen Informationen und Details in Bezug auf Ihr Leben mit neuroendokrinen Tumoren (NET) zu unterstützen, damit Sie diese gegebenenfalls mit Ihrem medizinischen Fachpersonal teilen können. Nehmen Sie eine Kopie des Dokuments mit zu Ihren verschiedenen Terminen und bitten Sie Ihr medizinisches Fachpersonal darum, Ihnen beim Vervollständigen des Dokuments zu helfen.

Datum:

Über Sie	
Notieren Sie hier Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten sowie den Namen und die Telefonnummer einer Kontaktperson, die im Notfall kontaktiert werden kann, beispielsweise eines Familienmitglieds oder eines engen Freundes.	
Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	
Email:	
Notfallkontakt: (Name/Telefonnummer)	



Mein Leben mit NET

Neuroendokrine Tumoren:
Information und Unterstützung

Ihre medizinischen Daten und Behandlungen

Ihr Behandlungsplan

Bitten Sie Ihr medizinischen Fachpersonal um Hilfe, wenn Sie beim Ausfüllen Unterstützung benötigen und vermerken Sie hier die Behandlungen, die Sie aktuell erhalten oder erhalten werden.

Behandlungsziel:

Erhaltene Behandlungen:

Operation

Datum der Operation:

Art der Operation:

Ort der Operation:

Ergebnis der Operation:

Strahlentherapie

Art der Strahlentherapie:

Dosis und Zeitplan der Bestrahlung:

Datum der ersten Behandlung:

Datum der letzten Behandlung:



Mein Leben mit NET

Neuroendokrine Tumoren:
Information und Unterstützung

Ihre medizinischen Daten und Behandlungen

Ergebnis der Strahlentherapie:
Chemotherapie Name des Arzneimittels: Dosis und Häufigkeit: Datum der ersten Behandlung: Datum der letzten Behandlung: Ergebnis der Chemotherapie:
Medizinische Therapie Name des Arzneimittels: Dosis und Häufigkeit: Datum der ersten Behandlung: Datum der letzten Behandlung: Ergebnis der medizinischen Therapie:
Andere erhaltene Therapien:



Mein Leben mit NET

Neuroendokrine Tumoren:
Information und Unterstützung

Ihre medizinischen Daten und Behandlungen

Ihr medizinisches Fachpersonal	
Notieren Sie hier die Namen und Kontaktdaten des medizinischen Fachpersonals in Ihrem multidisziplinären Team, wie beispielsweise Ihres Hausarztes und Krankenpflegers sowie anderer Personen, die in Ihre Behandlung involviert sind.	
Hausarzt	
Name des Doktors:	
Praxisadresse:	
Telefon:	
Email:	
Endokrinologe	
Name des Doktors:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	
Gastroenterologe	
Name des Doktors:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	



Mein Leben mit NET

Neuroendokrine Tumoren:
Information und Unterstützung

Ihre medizinischen Daten und Behandlungen

Chirurg	
Name des Doktors:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	
Onkologe	
Name des Doktors:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	
Radiologe	
Name des Doktors:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	
Krankenpfleger	
Name:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	



Ihre medizinischen Daten und Behandlungen

Name:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	
Name:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	
Name:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	
Name:	
Praxis-/Klinikadresse:	
Telefon:	
Email:	



Mein Leben mit NET

Neuroendokrine Tumoren:
Information und Unterstützung

Ihre medizinischen Daten und Behandlungen

Ihr allgemeiner Gesundheitszustand			
<p>Vermerken Sie hier Informationen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sowie anderen speziellen gesundheitlichen Problemen, wie beispielsweise vorhandene Allergien oder andere Diagnosen wie zum Beispiel Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Asthma oder Diabetes.</p>			
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Listen Sie hier alle Allergien auf, die Sie haben (z. B. Allergie gegen Penicillin)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Haben Sie, abgesehen von Ihren NET, noch andere Langzeiterkrankungen, die einer Therapie bedürfen?	<p><input type="checkbox"/> Angstzustände</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Depression</p> <p><input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom oder entzündliche Darmerkrankung (z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)</p> <p><input type="checkbox"/> Andere, bitte spezifizieren.....</p> <p>.....</p>		
Führen Sie hier alle Medikamente auf, die Sie einnehmen	<p>Name des Arzneimittels.....</p> <p>Grund.....</p> <p>Dosis und Häufigkeit.....</p> <p>Name des Arzneimittels.....</p> <p>Grund.....</p> <p>Dosis und Häufigkeit.....</p>		



Mein Leben mit NET

Neuroendokrine Tumoren:
Information und Unterstützung

Ihre medizinischen Daten und Behandlungen

Wie groß sind Sie?	[] Meter und [] Zentimeter
Wie viel wiegen Sie aktuell?	[] Kilogramm
Wie viele alkoholische Getränke konsumieren Sie durchschnittlich pro Woche?	[] Ich trinke keinen Alkohol. [] 1 oder 2 [] 3-5 [] 5-10 [] 10 oder mehr
Rauchen Sie?	[] Ja [] Nein
Andere (Führen Sie hier alle weiteren Informationen auf, die Ihrer Meinung nach wichtig sind):	

