



MEINE DIAGNOSE FRAGEN AN MEINEN ARZT

Der Name meines **Onkologen** lautet: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name des **Pflegepersonals**: _____

Wie stark hat mein **Tumor** gestreut?

Wie **schnell** wächst mein Tumor?

Wo wurden **Metastasen** gefunden? (Alles Zutreffende ankreuzen)

Gehirn Knochen Lymphsystem Leber Lunge Anderes: _____

Welche **Symptome** können diese Metastasen bewirken?

Welche **Untersuchungen** müssen durchgeführt werden und wie lange werden diese dauern?

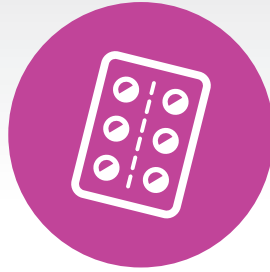
Welche **Art von Brustkrebs** habe ich? (Alles Zutreffende ankreuzen)

Hormonrezeptor-positiv Hormonrezeptor-negativ Dreifach-negativ
 HER2-positiv HER2-negativ

Was bedeutet das für meine **Therapie**?

Haben Sie Erfahrung mit der Behandlung dieses **Krebstyps**?

Gibt es noch etwas, was ich wissen sollte?



MEINE BEHANDLUNG

FRAGEN AN MEINEN ARZT

Welche **Medikamente** werde ich bekommen?

Was sind mögliche **Nebenwirkungen**?

Was kann ich vor oder nach meiner Therapie essen oder trinken, um **Übelkeit, Durchfall oder andere Nebenwirkungen zu verhindern**?

Was kann ich bei **Müdigkeit oder Erschöpfung** tun, um mich besser zu fühlen?

Die Vorstellung, meine **Haare zu verlieren**, beunruhigt mich. Was kann ich tun, um das zu verhindern?

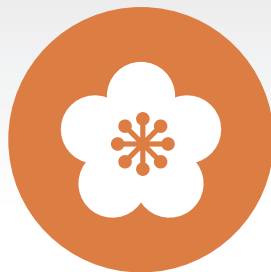
Wie oft und wo findet die **Behandlung** statt?

Wie werden die **Medikamente** verabreicht (Tablette, Infusion)?

Wie viel **Zeit** sollte ich dafür einplanen?

Wann und wie **überprüfen** Sie, ob meine Therapie wirkt?

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



MEINE GEFÜHLE

FRAGEN AN ÄRZTE, PFLEGER ODER BRUSTKREBSSCHWESTERN

Wer kann mir hier im Krankenhaus/in der Arztpraxis weiterhelfen, wenn ich **Ängste oder Depressionen** bekommen sollte?

Gibt es eine **psychoonkologische Anlaufstelle** in der Nähe?

Name: _____

Name: _____

Ort: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Gibt es **Sozialarbeiter**, die speziell mit Brustkrebspatientinnen arbeiten?

Name: _____

Name: _____

Ort: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Welche aktiven **Brustkrebs-Selbsthilfegruppen** gibt es in meiner Umgebung?

Welche anderen Möglichkeiten gibt es, um Frauen zu treffen, die ebenfalls metastasierten Brustkrebs haben?

Gibt es jemanden, der mir hilft, mit meiner **Familie** über die Diagnose zu sprechen?

Name: _____

Name: _____

Ort: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Welche Beratungen/Leistungen werden von meiner **Krankenkasse** übernommen?



MEINE GESUNDHEIT

FRAGEN AN ÄRZTE, PFLEGER ODER BRUSTKREBSSCHWESTERN

Ich mache mir Gedanken über meine **Ernährung**. Können Sie mir jemanden empfehlen, der Erfahrung in der Beratung von Krebspatienten hat?

Name: _____

Name: _____

Ort: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Was kann ich tun, um mich weniger erschöpft und wieder **kräftiger** zu fühlen?

Gibt es hier in der Region **therapeutische Kurse** speziell für Krebspatienten, die Sie empfehlen können (z. B. Kunsttherapie, Meditation, Musiktherapie, Reiki, Tai-Chi oder Yoga)?

Angebot: _____

Angebot: _____

Kontakt: _____

Kontakt: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Werden **komplementäre Therapieangebote** hier im Krankenhaus/in der Praxis angeboten (z. B. Akupunktur, Aromatherapie, Homöopathie, Hypnose, Physiotherapie, Massagen oder Reflexzonenmassage)?

Welchen Arzt, Physiotherapeuten oder Heilpraktiker können Sie mir empfehlen, der **komplementäre Behandlungsmethoden** für Krebspatienten anbietet?

Name: _____

Name: _____

Ort: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____



MEINE BEZIEHUNGEN

FRAGEN AN ÄRZTE, PFLEGER ODER BRUSTKREBSSCHWESTERN

Haben Sie einen **Ratschlag oder eine Broschüre** für mich, wie ich meiner Familie und meinen Freunden von der Diagnose erzählen kann?

Können Sie mir einen erfahrenen **Kinderpsychologen** empfehlen, der Kinder betreut, bei denen ein Elternteil schwer erkrankt ist?

Name: _____

Name: _____

Ort: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Haben Sie Informationsmaterial über die **Auswirkungen der Diagnose** auf meine Familie?

Können meine Krebsmedikamente **Auswirkungen auf mein Sexualleben** haben?



MEINE ARBEIT

FRAGEN AN ÄRZTE, PFLEGER ODER BRUSTKREBSSCHWESTERN

Wie ist Ihre Einschätzung: Wie viel oder wie lange kann ich **arbeiten gehen**, wenn ich diese Behandlung erhalte?

Wann weiß ich, ob die **Behandlung** wirkt? Direkt nach der ersten Anwendung oder später?

Wird es Phasen geben, in denen es mir **besser** geht und in denen ich arbeiten gehen kann, wenn ich will?

Wie regeln das **andere Frauen** in meiner Situation mit ihrem Job?



MEINE NOTIZEN

Was habe ich erfahren?

Was ist mir wichtig?

Welche Fragen habe ich noch?
