



Onkologische Trainings- & Bewegungstherapie (OTT®): Anamnesebogen

- Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung (nicht älter als 1 Jahr) Blutbild (nur bei Patient*innen in med. Therapie)
- Aktueller Arztbrief (Diagnose und eingesetzte Therapieverfahren) Einverständniserklärung zur Teilnahme
- Einverständniserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten
- Einverständniserklärung für den Antrag der Kostenübernahme (KK) Datum: _____

1. Patient*innendaten

Name(n): _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____

Email-Adresse: _____

Behandelnde Klinik oder Facharzt/-ärztin: _____

Studienteilnehmer*in: Nein Ja Welche? _____

Familienstand: _____ Kinder: _____ Alter: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Sind Sie zurzeit berufstätig? Ja Vollzeit Teilzeit Angestellt Selbstständig

Rente Krankenstand seit _____

Nein

Planen Sie wieder zurück in den Beruf zu gehen?

Ja Nein

2. Diagnose

Onkologische Diagnose (Inkl. Stadium): _____

Zeitpunkt der Erstdiagnose: _____

Tumorklassifikation (T N M): _____

Rezidiv: Nein Ja Zeitpunkt Rezidivdiagnose: _____

Metastasen: Nein Ja

Lokalisation, falls ja: Knochen Hirn Leber Lunge Andere

Anmerkungen (Frakturgefährdung, Pfortader etc.): _____

3. Therapie

Therapieform: ambulant stationär prähabilitativ Nachsorge

Betreuungszeitraum: akut _____ unklar _____ chronisch/palliativ

4. Aktuelle Medikamente



5. Aktuelle und geplante Therapie/n

| Therapieform | Vergangen | Aktuell | Geplant | Art | (geplanter/s) Beginn & Ende (MM/JJJJ) | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|---------------------------------------|--|
| Chemotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Hormontherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Immuntherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Antikörpertherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

6. Begleiterkrankungen

| Begleiterkrankungen | Nein | Ja | Art | Medikamente |
|--|--------------------------|--------------------------|-----|-------------|
| Kardiologische Erkrankung (KHK, Herzinsuffizienz, Hyper/Hypotonie..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Hashimoto, Gicht..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Lungenerkrankungen (COPD, Asthma, Allergien..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Orthopädische Erkrankungen (Frakturen, Endoprothesen..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Neurologische Erkrankungen (Epilepsie, MS, Migräne..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Sonstiges (Thrombosen, Arthrosen..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

7. Aktuelle Beschwerden

| Aktuelle Beschwerden | Nein | Ja | Belastung | Kommentar, Medikamente |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|------------------------|
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Missempfindung an Händen/Füßen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Wechseljahresbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Merk/Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Therapiebedingte Schlafstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Lymphödem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Sexuelle Dysfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Psychische Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |



8. Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands

Wie schätzen Sie subjektiv Ihre körperliche Belastbarkeit ein? (Skala: 0 = nicht belastbar bis 10 = voll belastbar)

Wie schätzen Sie subjektiv Ihre Müdigkeit/Erschöpfung ein? (Skala: 0 = nicht müde bis 10 = sehr müde)

9. Sportliche Vorerfahrung und Lebensstil

| Ausgeübte Sportart | Häufigkeit / Intensität (h/Woche/Einheit) | Seit wann? Bis wann? | |
|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Raucherstatus: Ex-Raucher*in Seit:

Nichtraucher*in

Raucher*in (Zigarettenpackungen/Tag x Zahl Raucherjahre = Anzahl Packungsjahre)

Drogen: Nein Ja

Alkohol: Nein Ja

10. Körperliche Untersuchung

Größe: BMI: Blutdruck in Ruhe:

Gewicht: Herzfrequenz in Ruhe:

11. Gemeinsame Zielvereinbarung

Was sind Ihre persönlichen Ziele, die Sie mit Hilfe der OTT erreichen möchten?

Bemerkungen

Checkliste

Gerätezirkel KK Email-Adresse Digitalisierung SMS



Diese Seite wird von Ihrer Therapeutin ausgefüllt; bitte zum ersten Termin mitbringen.

Patienteninfo

Anamnese

- Anthropometrische Daten
- Komorbiditäten
- Medikamente

Diagnostik

- A Arztbrief
- B Blutbild
- C Kardiotoxizität
- D Metastasen

Auswirkungen Diagnose

- Krebsentität
- Bewegungserfahrung: BSA

Nebenwirkungen

Nein

Ja

Medizinische Behandlung

- Vergangen** OP Chemotherapie Bestrahlung Anti-Hormon-Therapie Antikörpertherapie Immuntherapie Keine
- Aktuell** OP Chemotherapie Bestrahlung Anti-Hormon-Therapie Antikörpertherapie Immuntherapie Keine
- Geplant** OP Chemotherapie Bestrahlung Anti-Hormon-Therapie Antikörpertherapie Immuntherapie Keine

Trainingstherapie

Individuelles Basistraining

Kraft- (KT) (RPE Skala) & Ausdauer-Training (AT) (BORG-Skala)

- Zyklus Kraftausdauer: 50-60% h1RM + 50-60% maxW
- Zyklus Hypertrophie: 70-80% h1RM + 70-80% maxW
- Zyklus Exzentrik: 70-80% h1RM + 30% Exzentrik + 70-80% maxW

AT: 30/15 Stufentest
KT: h1RM

Individuelles Modultraining

| Module | Arthralgie | Fatigue | Gewichtszunahme | Harninkontinenz | Kachexie | Klimakterische Beschwerden | Knochenmetastasen | Kognitive Dysfunktion | Osteoporose | PNP | Psychische Beeinträchtigung | Schlafstörungen | Sek. Lymphödem | Sexuelle Dysfunktion | Stuhlinkontinenz |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|---|---------------------------|----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inhalte | KT: Intensiv | BT: Fatigue-schwere | KT: Intensiv AT: gesteigert | Schließmuskultraining | KT: Zy 2/3 AT: moderat | | Impact-training, Koordinations-training | AT + kognitive Übungen | Impact-Training | Vibrations-+/Sonosomotorik-training | Individ. Bewegungsform | | Aqua, Muskelpumpe, tiefe Atmung | Schließmuskultraining | Schließmuskultraining |
| Assessments | BPI | VAS | BMI BIA | PR25, BR23 Pad-Test: 20min/24h | BMI BIA | | Bildgebende Verfahren | FACT-Cog | DEXA | FACT-GOG-Ntx, Pain detect, neur. Diagnose | HADS | PSQI | Umfangmessung | IIEF-FSFI | PR25 BR23 FIQOL |



UNIKLINIK
KÖLN