

EXPECT Fragebogen (Teil 2):

Geburtsjahr: _____

heutiges Datum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

1) Welche Nebenwirkungen hatten Sie während der Chemotherapie?

gar nicht (1), etwas (2), mäßig (3), stark (4)

Appetitlosigkeit...	1	2	3	4
Übelkeit/Erbrechen...	1	2	3	4
Gewichtsverlust...	1	2	3	4
Müdigkeit/Schwäche...	1	2	3	4
Schwindel...	1	2	3	4
Schmerzen...	1	2	3	4
Gefühlsstörungen an Armen und/oder Beinen...	1	2	3	4
Luftnot/Dyspnoe...	1	2	3	4
Infektionen...	1	2	3	4
Geschmacksveränderungen	1	2	3	4
Entzündung der Mundschleimhaut	1	2	3	4

2)) Konnten Sie Ihren gewohnten Alltag ohne Probleme fortsetzen?

	ja	nein	Ich weiß nicht
Arbeiten im Haushalt...			
Einkaufen...			
Arztbesuche...			
Hobbies...			
Mit Freunden treffen...			

3) Hat sich Ihr Gesundheitszustand verbessert?

<i>gar nicht (1), etwas (2), mäßig (3), stark (4)</i>	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4) Hat sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtert?

<i>gar nicht (1), etwas (2), mäßig (3), stark (4)</i>	1	2	3	4
---	---	---	---	---

