

Onkologische Trainings- & Bewegungstherapie (OTT®): Anamnesebogen

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

1. Patientendaten

Name(n): Vorname(n):

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnr.:

Email-Adresse:

Behandelnde Klinik oder Facharzt:

Studienteilnehmer: ☐ 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 (TNM):

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	☐	☐	☐		
Strahlentherapie	☐	☐	☐		
Hormontherapie	☐	☐	☐		
Immuntherapie	☐	☐	☐		
Antikörpertherapie	☐	☐	☐		
Sonstige	☐	☐	☐		

6. Begleiterkrankungen

Begleiterkrankungen	Nein	Ja	Art	Medikamente
Kardiologische Erkrankung (KHK, Herzinsuffizienz, Hyper/Hypotonie..)	☐	☐		
Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Hashimoto, Gicht..)	☐	☐		
Lungenerkrankungen (COPD, Asthma, Allergien..)	☐	☐		
Orthopädische Erkrankungen (Frakturen, Endoprothesen..)	☐	☐		
Neurologische Erkrankungen (Epilepsie, MS, Migräne..)	☐	☐		
Sonstiges (Thrombosen, Arthrosen..)	☐	☐		

7. Aktuelle Beschwerden

Aktuelle Beschwerden	Nein	Ja	Belastung	Kommentar, Medikamente
Schmerzen	☐	☐		
Gelenkschmerzen	☐	☐		
Missempfindung an Händen/Füßen	☐	☐		
Wechseljahresbeschwerden	☐	☐		
Merk/Konzentrationschwierigkeiten	☐	☐		
Harninkontinenz	☐	☐		
Stuhlinkontinenz	☐	☐		
Gewichtsverlust	☐	☐		
Gewichtszunahme	☐	☐		
Therapiebedingte Schlafstörung	☐	☐		
Lymphödem	☐	☐		
Sexuelle Dysfunktion	☐	☐		
Osteoporose	☐	☐		
Psychische Beeinträchtigung	☐	☐		

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?

Raucherstatus: ☐ Ex-Raucher Seit:
☐ Nichtraucher
☐ Raucher (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

Anamnese

- ☐ Anthropometrische Daten
- ☐ Komorbiditäten
- ☐ Medikamente

Diagnostik

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

Auswirkungen Diagnose

- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Bewegungserfahrung: BSA

Nebenwirkungen

☐ Ja

☐ Nein

Medizinische Behandlung

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

Individuelles Basistraining

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

- ☐ Zyklus Krafausdauer: 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
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Inhalte	KT: Intensiv	BT: Fatigue-schwere	KT: Intensiv AT: gesteigert	Schließmuskeltraining	KT: Zy 2/3 AT: moderat	Impact-training, Koordinations-training		AT + kognitive Übungen	Impact-Training	Vibrations-+/Sonomotorik-training	Individ. Bewegungsform		Aqua, Muskelpumpe, tiefe Atmung	Schließmuskeltraining	Schließmuskeltraining
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-15 FSFI-d	PR25 BR23 FIQOL