



Dieser Fragebogen erfasst den Einsatz von tumorspezifischen Therapien während Ihrer Betreuung. Bitte füllen Sie im Falle einer fortgesetzten Vortherapie den Bogen bei Aufnahme aus, bei einer neu initiierten Tumorthherapie zum Zeitpunkt der Therapieeinleitung. Bitte ergänzen Sie die Fragen 9-12 nach Therapieende.

Datum

--	--	--	--	--	--

Datum erstes Auftreten der Metastasen

--	--	--	--	--	--

**Unter laufender Vortherapie bzw. bei Therapieeinleitung****TT1. Therapieform:**

**Fortgesetzt: Fortsetzung einer vorbestehenden Therapie**  
**Neu: neu initiierte Therapie**

intravenöse, zyklische oder kontinuierliche zytotoxische Chemotherapie	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
per orale, zyklische oder kontinuierliche zytotoxische Chemotherapie	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
Tumorspezifischer Antikörper	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
Hormontherapie	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
per orale Tyrosinkinasehemmer oder andere „targeted therapy“	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
Endoskopische Intervention	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
Nuklearmedizinische Therapie	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
Operative Intervention	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu
Andere Verfahren (bitte spezifizieren):	<input type="checkbox"/> fortgesetzt	<input type="checkbox"/> neu

**TT2. Anzahl der Vortherapien:****Chemotherapie****Hormontherapie****TT3. Indikationen:**

- Tumorgrößenreduktion zur präventiven Symptomvermeidung und / oder Lebenszeitverlängerung  
 Vorwiegend zur Symptomkontrolle:  
 Neurologische Kompression + Hirndruck       Schmerzen       Luftnot  
 Gastrointestinale Kompression       Sonstige:

**TT4. Substanzen / Regime / Modus:****TT5. Indikationsstellung durch:**

- Vorbehandelnde Abteilungen (bitte spezifizieren):  
 Eigene Indikationsstellung nach Rücksprache mit anderen Fachdisziplinen  
 Eigene Indikationsstellung

**TT6. Palliative Prognostic Index PPI unter der Vortherapie / zu Beginn einer neu initiierten Tumorthherapie:**

Palliat.Perform.Score	<input type="checkbox"/> 4,0P (1PPS 0-20)	<input type="checkbox"/> 2,5P (PPS 20-50)	<input type="checkbox"/> 0P (PPS>60)	PPI-Score:
orale Zufuhr	<input type="checkbox"/> 2,5P (stark reduziert)	<input type="checkbox"/> 1,0P (moderat reduziert)	<input type="checkbox"/> 0P (normal)	
Ödem	<input type="checkbox"/> 1,0P (ja)		<input type="checkbox"/> 0P (nein)	
Ruhedyspnoe	<input type="checkbox"/> 3,5P (ja)		<input type="checkbox"/> 0P (nein)	
Delirium	<input type="checkbox"/> 4,0P (ja)		<input type="checkbox"/> 0P (nein)	

**TT7. Bestand im Palliativteam Konsens über Fortsetzung / Einleitung der Tumorthherapie?**

- Klarer Dissens; schwierige Entscheidungsfindung  
 Eher Konsens, aber auch Stimmen dagegen  
 Klarer Konsens

Gründe:

**Bei Beendigung der Tumorthherapie****TT8. Mit welchem subjektivem Erfolg wurde die Tumorthherapie durchgeführt?**

- sehr schlecht       schlecht       zufriedenstellend       gut       sehr gut

**TT9. Wurde die Tumorthherapie vorzeitig abgebrochen?**

- Ja       Nein

**TT10. Wenn ja, welche Gründe lagen für den vorzeitigen Abbruch vor?**

<input type="checkbox"/> Toxizitäten	Art der Toxizitäten / Nebenwirkungen:
<input type="checkbox"/> Ineffizienz der Therapie	
<input type="checkbox"/> Verschlechterung des Allgemeinzustandes	
<input type="checkbox"/> Wunsch des Patienten	

**TT11. Bestand im Palliativteam Konsens über Abbruch / Beendigung der Tumorthherapie?**

- Klarer Dissens; schwierige Entscheidungsfindung  
 Eher Konsens, aber auch Stimmen dagegen  
 Klarer Konsens

Gründe:

**TT12. Wer füllt aus?**

- Arzt / Ärztin      Fachrichtung       Innere Medizin       Anästhesie  
 Pflegende       Hämatologie/Onkologie       Sonstige:  
 Andere Mitarbeiter