

A red line art illustration of a fountain pen is positioned at the top left. A large, continuous red line starts from the pen's tip, loops around the top right, and then curves down the right side of the page, framing the central text.

Mein Therapie- begleiter



Liebe:r Patient:in, dieser Therapie- begleiter ist für Sie da.

Während einer Behandlung kann es zu Nebenwirkungen kommen. Manche bemerkt man nicht sofort oder kann bestimmte Veränderungen im Körper nicht zuordnen. Aber je früher unangenehme Veränderungen erkannt werden, desto besser lassen sie sich behandeln.

Mit diesem Therapiebegleiter können Sie jeden Tag festhalten, wie es Ihnen geht. Diese Beobachtungen zwischen den ärztlichen Terminen helfen Ihren Ärzt:innen dabei, sich ein besseres Bild Ihres Gesund-

heitszustands zu machen und Sie bestmöglich während der Therapie zu unterstützen.

Bitte bringen Sie diesen Therapie- begleiter zu Ihren Terminen mit.

Er unterstützt Sie und Ihre Ärzt:innen dabei, gemeinsam die für Sie am besten geeigneten Therapieentscheidungen zu treffen.

Inhalt

- Wichtige Kontakte 2
- Meine Termine 3
- So ist dieser Therapiebegleiter aufgebaut 4
- So nutzen Sie die Tagesseiten 5
- Beobachtungsseiten Woche 1 6
- Zusammenfassungen Seiten Woche 1 34
- Beobachtungsseiten Woche 2 40
- Zusammenfassungen Seiten Woche 2 68
- Glossar 74
- Selbsthilfegruppen und Patient:innenorganisationen 79
- Weitere Informationen 80
- Notizen 80

Wichtige Kontakte

Meine Ärzt:innen:

Name:
Telefon:

Mein Notfallkontakt:

Name:
Telefon:

Weitere wichtige Kontakte:

z.B. Angehörige, Transport, Betreuung, ... (in Klammer dazuschreiben)

Name:
Telefon:

Name:
Telefon:

Name:
Telefon:

Name:
Telefon:

Meine Termine

 Termin 1:

Datum:	Uhrzeit:
Ort:	
Anmerkung:	

 Termin 2:

Datum:	Uhrzeit:
Ort:	
Anmerkung:	

 Termin 3:

Datum:	Uhrzeit:
Ort:	
Anmerkung:	

So ist der Therapiebegleiter aufgebaut:



Täglich

Kreuzen Sie jeden Tag an, was Ihnen aufgefallen ist.



Zusammenfassung vor dem ärztlichen Gespräch

Fassen Sie Ihre Beobachtungen am Tag vor Ihrem Kontrolltermin zusammen.

So kann Ihr Behandlungsteam auf einen Blick alle wichtigen Informationen sehen.



Glossar

Im hinteren Teil finden Sie Erklärungen zu möglichen Nebenwirkungen.



Es gibt kein Richtig oder Falsch.
Jeder Eintrag, auch ein kurzer, kann ein wichtiger Hinweis sein.

So nutzen Sie die Tagesseiten

Die 7 Bereiche

	Stimmung
	Fieber/Krankheitsgefühl
	Konzentration/Klarheit
	Energie/Erschöpfung
	Mund, Zunge & Geschmack
	Verdauung
	Haut/Nägel

☐ Skalen zu Einordnung

☐ Checkboxen zur Auswahl

**Die Seiten für weitere
Beobachtungen sind freiwillig.**

Füllen Sie aus, was Ihnen wichtig erscheint.
Jeder Eintrag ist wertvoll.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

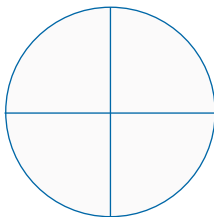
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

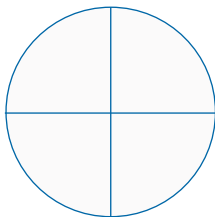
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



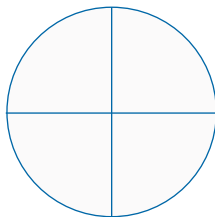
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

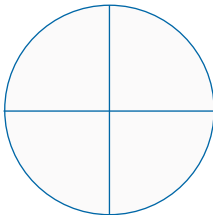
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

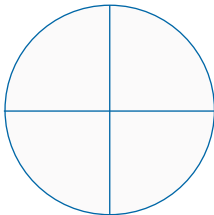
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



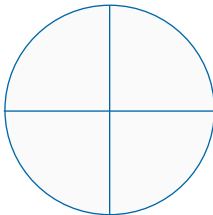
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

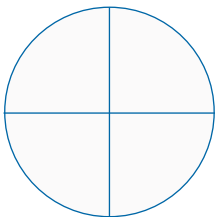
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

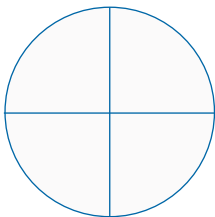
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



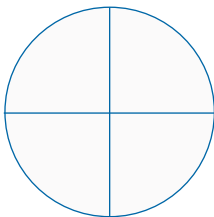
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

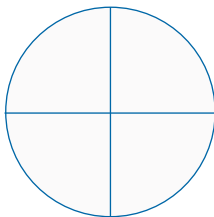
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

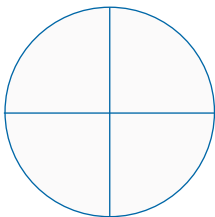
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



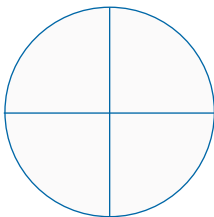
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen

i

Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

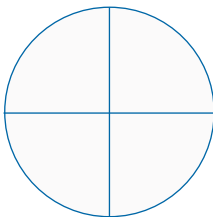
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

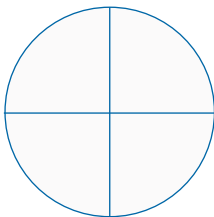
☒ alles ☐ 3/4 Portion ☐ 1/2 Portion ☐ 1/4 Portion ☐ nichts

Morgens



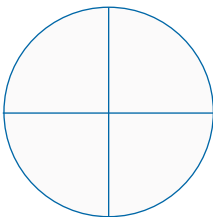
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

.....

.....

.....

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen

i

Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

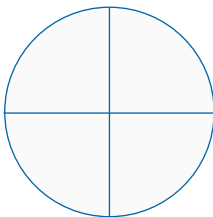
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

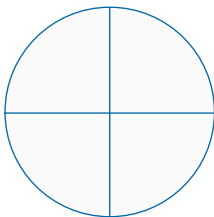
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



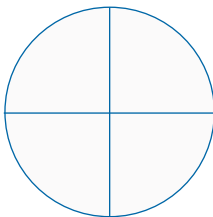
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

 alles

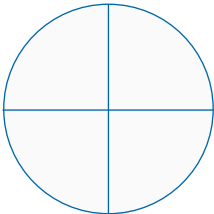
 3/4 Portion

 1/2 Portion

 1/4 Portion

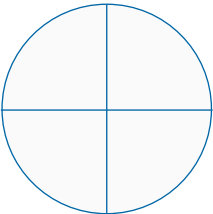
 nichts

Morgens



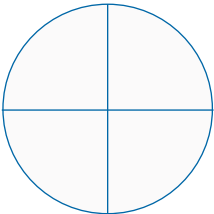
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Zusammenfassung

für meinen nächsten Termin

	Wie oft hatte ich ...?	Wie stark war es in der schlimmsten Phase?
Fieber/ Krankheits- gefühl	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig
Veränderung bei Verdauung	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig
Energie	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig

Von:

(Datum letzter Termin)

Bis:

(Datum nächster Termin)

Wie sehr hat es
meinen Alltag
beeinflusst?

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

Meine Beobachtungen.
Was hat mich besonders
beeinträchtigt?

- ☐ Husten ☐ Schüttelfrost
☐ Fieber ☐ Schmerzen beim
Halsschmerzen Wasserlassen
☐ Sonstiges

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

- ☐ Verstopfung ☐ Übelkeit
☐ Durchfall ☐ Bauchschmerzen
☐ Sonstiges

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

.....
.....
.....
.....



Zusammenfassung

für meinen nächsten Termin

	Wie oft hatte ich ...?	Wie stark war es in der schlimmsten Phase?
Veränderungen bei Haut/Nägel	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig
Veränderungen bei Mund, Zunge & Geschmack	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig
Konzentration/ Klarheit	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig

Wie sehr hat es
meinen Alltag
beeinflusst?

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

Meine Beobachtungen.
Was hat mich besonders
beeinträchtigt?

- ☐ Juckreiz ☐ Ausschlag/Rötung
☐ Trockene Haut ☐ Veränderungen an
den Nägeln
☐ Sonstiges

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

- ☐ Wunde Stellen im Mund ☐ Mundtrockenheit
☐ Geschmack verändert ☐ Schmerzen beim
Essen/Trinken
☐ Schluckschmerzen
☐ Sonstiges

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

- ☐ Verwirrtheit ☐ Vergesslichkeit
☐ Etwas zerstreut
☐ Sonstiges



Zusammenfassung

für meinen nächsten Termin

So viel habe ich diese Woche gegessen:

☐

sehr wenig

☐

weniger als sonst

☐

wie gewohnt

☐

mehr als sonst

So viel habe ich diese Woche getrunken:

☐

sehr wenig

☐

weniger als sonst

☐

wie gewohnt

☐

mehr als sonst

Mein Gewicht

beim letzten
Termin:

aktuelles
Gewicht:

Mein Blutdruck

☐

niedriger als sonst

☐

wie gewohnt

☐

höher als sonst

Medikamente

Uhrzeit

Medikament/Dosis

HH : mm

.....

- ☐ regelmäßig
☐ bei Bedarf

HH : mm

.....

- ☐ regelmäßig
☐ bei Bedarf

HH : mm

.....

- ☐ regelmäßig
☐ bei Bedarf

Das ist mir in dieser Woche aufgefallen:

.....

.....

.....

.....

.....

Das ist in dieser Woche besser geworden:

.....

.....

.....

.....

Vor dem nächsten Termin

Das möchte ich besprechen:

.....

.....

.....

.....



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

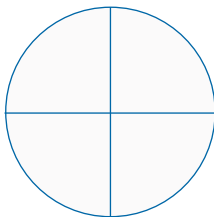
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

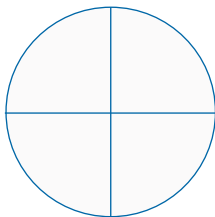
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



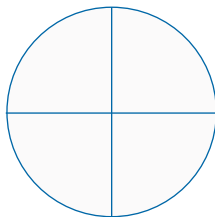
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen

i

Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

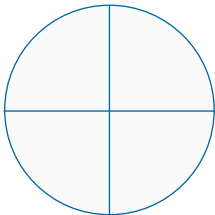
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

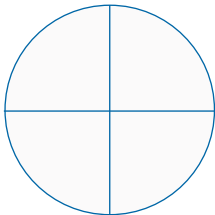
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



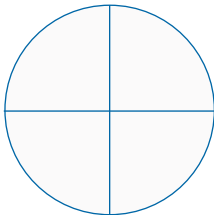
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

 alles

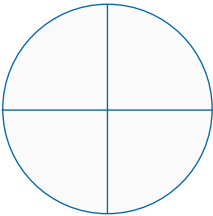
 3/4 Portion

 1/2 Portion

 1/4 Portion

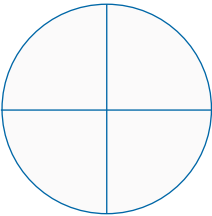
 nichts

Morgens



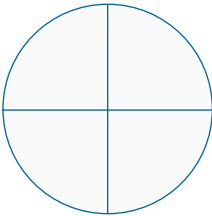
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

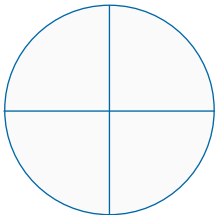
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

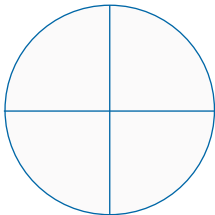
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



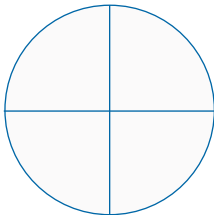
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen

i

Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

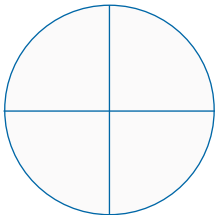
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

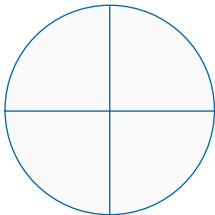
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



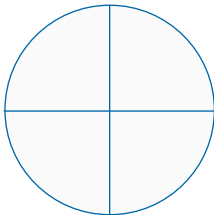
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

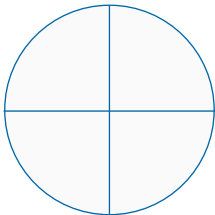
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

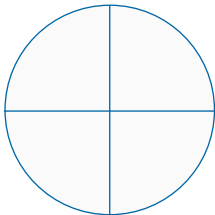
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



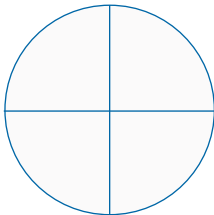
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen

i

Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Heute ist mir aufgefallen ...

Datum

Meine Stimmung heute:



1

2

3

4

5

1 = sehr schlecht
5 = sehr gut

Fieber/Krankheitsgefühl

☐

Unauffällig

☐

Schüttelfrost*

☐

Fieber*

☐

Starkes Krankheitsgefühl*

☐

Gelenk- & Muskelschmerzen

Infektzeichen:

☐

Husten

☐

Halsschmerzen

☐

Schmerzen beim Wasserlassen

☐

Atemnot

Temperatur gemessen?

☐

Ja, °C

☐

Nein

*Falls ja, kontaktieren Sie bitte sofort Ihre:n behandelnde:n Ärzt:in.

Verdauung

☐

Normal

☐

Durchfall

☐

Übelkeit

☐

Verstopfung

☐

Bauchschmerzen

Meine Anmerkungen:

Energie/Erschöpfung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 = erschöpft
5 = fit

Meine Anmerkungen:

Haut/Nägel

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Juckreiz |
| ☐ Ausschlag/Rötung | ☐ Veränderungen an den Nägeln |
| ☐ Trockene Haut | |

Meine Anmerkungen:

Mund, Zunge & Geschmack

- | | |
|--|---|
| ☐ Nichts aufgefallen | ☐ Wunde Stellen |
| ☐ Geschmack verändert | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Schluckschmerzen | ☐ Schmerzen beim Essen/Trinken |

Meine Anmerkungen:

Konzentration/Klarheit

- | | |
|--|--|
| ☐ Klar und konzentriert | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Verwirrtheit | ☐ Etwas zerstreut |
| ☐ Sprachprobleme | ☐ Schreibprobleme |

Meine Anmerkungen:

Bitte
blättern
Sie um!

Meine Beobachtungen



Sie können diese Seite ausfüllen, müssen aber nicht.

Blutdruck

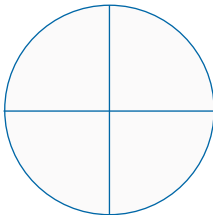
Zeitpunkt	sys./dia.	Puls	Bemerkung
Morgens	/		
Mittags	/		
Abends	/		

Wie viel habe ich gegessen?

Bitte markieren Sie, wie viel Sie heute gegessen haben:

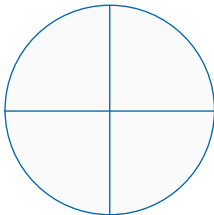
☒ alles
 ☐ 3/4 Portion
 ☐ 1/2 Portion
 ☐ 1/4 Portion
 ☐ nichts

Morgens



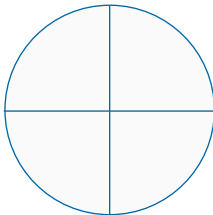
Was?

Mittags



Was?

Abends



Was?

Wie viel habe ich getrunken?

1 Glas = 0,25 l

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Zusätzliche Medikamente heute

Uhrzeit	Medikament/Dosis
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	
HH : mm	

Notizen



Im Glossar im hinteren Teil sind alle möglichen Veränderungen angeführt und erklärt.



Zusammenfassung

für meinen nächsten Termin

	Wie oft hatte ich ...?	Wie stark war es in der schlimmsten Phase?
Fieber/ Krankheits- gefühl	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig
Veränderung bei Verdauung	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig
Energie	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig

Von:

(Datum letzter Termin)

Bis:

(Datum nächster Termin)

Wie sehr hat es
meinen Alltag
beeinflusst?

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

Meine Beobachtungen.
Was hat mich besonders
beeinträchtigt?

- ☐ Husten ☐ Schüttelfrost
☐ Fieber ☐ Schmerzen beim
Wasserlassen
☐ Halsschmerzen
☐ Sonstiges

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

- ☐ Verstopfung ☐ Übelkeit
☐ Durchfall ☐ Bauchschmerzen
☐ Sonstiges

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

.....
.....
.....
.....



Zusammenfassung

für meinen nächsten Termin

	Wie oft hatte ich ...?	Wie stark war es in der schlimmsten Phase?
Veränderungen bei Haut/Nägel	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig
Veränderungen bei Mund, Zunge & Geschmack	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig
Konzentration/ Klarheit	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig	☐ 1 nie ☐ 2 selten ☐ 3 manchmal ☐ 4 häufig ☐ 5 ständig

Wie sehr hat es
meinen Alltag
beeinflusst?

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

Meine Beobachtungen.
Was hat mich besonders
beeinträchtigt?

- ☐ Juckreiz ☐ Ausschlag/Rötung
☐ Trockene Haut ☐ Veränderungen an
den Nägeln
☐ Sonstiges

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

- ☐ Wunde Stellen im Mund ☐ Mundtrockenheit
☐ Geschmack verändert ☐ Schmerzen beim
Essen/Trinken
☐ Schluckschmerzen
☐ Sonstiges

- ☐ 1 nie
☐ 2 selten
☐ 3 manchmal
☐ 4 häufig
☐ 5 ständig

- ☐ Verwirrtheit ☐ Vergesslichkeit
☐ Etwas zerstreut
☐ Sonstiges



Zusammenfassung

für meinen nächsten Termin

So viel habe ich diese Woche gegessen:

☐

sehr wenig

☐

weniger als sonst

☐

wie gewohnt

☐

mehr als sonst

So viel habe ich diese Woche getrunken:

☐

sehr wenig

☐

weniger als sonst

☐

wie gewohnt

☐

mehr als sonst

Mein Gewicht

beim letzten
Termin:

aktuelles
Gewicht:

Mein Blutdruck

☐

niedriger als sonst

☐

wie gewohnt

☐

höher als sonst

Medikamente

Uhrzeit

Medikament/Dosis

HH : mm

.....

- ☐ regelmäßig
☐ bei Bedarf

HH : mm

.....

- ☐ regelmäßig
☐ bei Bedarf

HH : mm

.....

- ☐ regelmäßig
☐ bei Bedarf

Das ist mir in dieser Woche aufgefallen:

.....

.....

.....

.....

.....

Das ist in dieser Woche besser geworden:

.....

.....

.....

.....

Vor dem nächsten Termin
Das möchte ich besprechen:

.....

.....

.....

.....



Glossar

Hier finden Sie alle möglichen Veränderungen, die während einer Krebsbehandlung auftreten können.

Jeder Mensch ist anders. Darum können unterschiedliche Veränderungen auftreten. Manchmal eine oder mehrere zusammen, manchmal auch keine.

Fieber/Krankheitsgefühl

Fieber

Körpertemperatur ab 38 °C

Schüttelfrost

Starkes Frieren oder Zittern, oft zusammen mit Fieber

Starkes Krankheitsgefühl

Ungewöhnliche Müdigkeit

Schwindel

Hitzewallungen

Plötzliche Wärme im Gesicht oder Körper

Starkes oder ungewöhnliches Schwitzen

Ohne körperliche Anstrengung

Verdauung

Durchfall

Sehr häufiger oder sehr weicher Stuhl

Verstopfung

Seltene oder schwierige Darmentleerung

Bauchschmerzen

Blähungen

Sodbrennen

Brennendes Gefühl hinter dem Brustbein

Haut und Nägel

Hautausschlag

Rote Flecken oder Veränderungen auf der Haut

Juckreiz

Trockene Haut

Haarausfall

Hand-Fuß-Syndrom

Rötungen oder Schmerzen an Händen oder Füßen

Veränderungen an Finger- oder Fußnägeln

Veränderte Farbe, Form oder Oberfläche

Erhöhte Sonnenempfindlichkeit der Haut

Geschmack und Essen

Appetitmangel

Schnelles Sättigungsgefühl

Übelkeit

Erbrechen

Konzentration oder Klarheit im Kopf

Konzentrationsprobleme

Gedächtnisprobleme

Verwirrtheit

Atemwege

Husten

Kurzatmigkeit

Es fällt schwer, tief zu atmen.

Heiserkeit

Mund und Rachen

Halsschmerzen

Mundtrockenheit

Wunde Stellen im Mund oder Hals

Schluckbeschwerden

Rissige Mundwinkel

Nerven und Sinne

Taubheit oder Kribbeln in Händen oder Füßen

Verschwommenes Sehen

Tränende Augen

Ohrgeräusche

Pfeifen oder Rauschen im Ohr

Schmerzen

Kopfschmerzen

Muskelschmerzen

Gelenkschmerzen

Allgemeine Schmerzen

An verschiedenen Körperstellen

Schlaf und Stimmung

Schlafprobleme

Angst

Mutlosigkeit

Traurigkeit

Wasserlassen

Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen

Häufiges Wasserlassen

Starker Harndrang

Unkontrollierter Urinabgang

Veränderung der Urinfarbe

Urin ist dunkel oder verfärbt.

Weitere mögliche Veränderungen

Schwellungen (z.B. an Armen oder Beinen)

Herzklopfen oder Herzrasen

Nasenbluten

Blaue Flecken

Schon bei kleinen Stößen entstehen blaue Flecken.



Wichtig!

Nicht alle Veränderungen treten bei jeder Person oder bei jeder Behandlung auf. In diesem Glossar finden Sie alle möglichen Veränderungen.

Selbsthilfegruppen und Patient:innenorganisationen



**Multiples Myelom
Selbsthilfe Österreich**
im Medizinischen
Selbsthilfezentrum Wien

Obere Augartenstraße 26-28,
1020 Wien
Tel: +43 1 2930887
E-Mail: office@multiplesmyelom.at

www.multiplesmyelom.at



Weitere Informationen

Johnson&Johnson

<https://www.jnjwithme.at/de-at/krebserkrankungen/leukaemie/multiples-myelom>



Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sie können diesen Therapiebegleiter kostenlos downloaden:

<https://www.jnjwithme.at/de-at/download>





Impressum

Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company
Vorgartenstraße 206B, 1020 Wien
Tel.: +43 1 6161241
E-Mail: office@at.jnj.com

Firmenbuch
Gericht: Handelsgericht Wien
Firmenbuch-Nummer: FN 135731f

Idee, Konzept, Redaktion und Design: VERDINO GmbH
Druck: Copy2, 1020 Wien

AT_CP-593160_July2026