

Sehr geehrte/-r Patient/-in,
um den Erfolg der bei Ihnen geplanten Eiseninfusionsbehandlung abschätzen zu können und ggf. weitere Therapien einzuleiten, möchten wir Sie bitten, nachstehenden **Fragebogen** wenn möglich an fünf verschiedenen Daten auszufüllen bzw. anzukreuzen - **je einmal vor Beginn der Therapie, dann 14-21 Tage und nochmals 3, 6 und 12 Monate nach der letzten Eiseninfusion**. Geben Sie bitte den an den jeweiligen Daten ausgefüllten Bogen in der Praxis ab oder senden Sie diesen postalisch bzw. per Email an uns. Vielen Dank!

Patientendaten:

Name, Vorname _____ Geb.-Datum: _____ Datum heute: _____

Zeitpunkt zur Infusion: vor Beginn 14-21 Tage danach 3 Monate 6 Monate 12 Monate danach

Symptome (A-Z)?

	Nein/Ja	beschwerdefrei	besser	gleich	schlechter
Chronische Müdigkeit?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressive Verstimmung?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschöpfungszustände?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarausfall?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzjagen?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsstörungen?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagelbrüchigkeit?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nackenschmerzen?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restless Legs?	Nein/Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verhütung? Nein Ja Wenn Ja dann Pille Hormonspirale sonstiges

Periodenblutung? Nein Ja Wenn Ja dann **Menses** alle ____Tage für ____Tage

Veränderung der Blutungssituation seit 1. Infusion? Nein Ja Wie?: _____

Anzahl der Blutungen seit 1. Eiseninfusion? _____

Körpergewicht in Kg: _____

Bemerken Sie eine Gewichtsveränderung? Nein Ja Abnahme?: _____ Zunahme? _____ (Kg)

Sind **neue Erkrankungen** aufgetreten? Nein Ja Welche?: _____

Ernährung? Mischkost Vegetarisch Vegan Sonstiges

Wurden die Behandlungskosten von Ihrer Krankenkasse übernommen? Nein Ja

Einwilligung: Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. Über praxisinterne Berechnungen (**PROHMED-Eisenformel**) sind exakte Berechnungen des individuellen Eisenmangels und der notwendigen Therapie möglich.

(Ort, Datum)

Unterschrift Patient/-in
oder gesetzlicher Vertreter