

Sehr geehrte/-r Patient/-in,

Sie sind ein Eiseninfusionstherapie-Patient. Um den Erfolg der Behandlung abschätzen zu können und ggf. weitere Therapien einzuleiten, möchten wir Sie bitten, nachstehenden Fragebogen auszufüllen.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum (dd.mm.yyyy) _____

Abstand zur letzten Infusion

(bitte ankreuzen wenn zutreffend)

14 - 21 Tage

3 Monate

Derzeitige Symptome

(bitte ankreuzen wenn zutreffend)

	beschwerdefrei	deutlich besser	wenig besser	gleich	schlechter
Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarausfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagelbrüchigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restless Legs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzjagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anzahl der Periodenblutungen seit 1. Infusion: _____

Bemerken Sie eine Gewichtsveränderung Ja Nein **Wieviel:** _____

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

Wurden die Behandlungskosten von Ihrer Krankenkasse übernommen Ja Nein

Bemerkungen _____

Heidelberg, _____
(Ort, Datum)

*Unterschrift Patient/-in
oder gesetzlicher Vertreter*