

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"/>				
Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/>				
Schlafstörungen	<input type="radio"/>				
Chronische Müdigkeit	<input type="radio"/>				
Depression	<input type="radio"/>				
Haarausfall	<input type="radio"/>				
Nagelbrüchigkeit	<input type="radio"/>				
Nackenschmerzen	<input type="radio"/>				
Schwindel	<input type="radio"/>				
Restless Legs	<input type="radio"/>				
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>				
Herzjagen	<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*