nutritionDay WORLDWIDE

Bogen 1_Onkologie

Zentrumscode[2] ☐☐☐☐☐

Stationscode[3] ☐☐☐☐☐

Gibt es ein elektronisches Dokumentationssystem in Ihrem Krankenhaus?[9]	◯ JA ◯ NEIN
Ist Ernährungstherapie Teil der Behandlung von KrebspatientInnen in Ihrem Krankenhaus?[9]	◯ JA ◯ NEIN
Wenn ja, in welcher Weise wird Ernährungstherapie eingesetzt?[38]	
routinemäßig	☐
wenn der Patient danach fragt	☐
wenn Gewichtsverlust > 10%	☐
in Palliativpflege	☐
anderes, bitte beschreiben Sie	
Wenn nein, weil...[10]	
nicht evidenzbasiert	☐
kein vorhandenes Wissen in diesem Gebiet	☐
keine Vergütung	☐
ernährt den Tumor	☐
anderes	☐
Welche Methoden der Ernährungstherapie werden bei Krebspatienten eingesetzt?[10]	
Verpflegung entsprechend Ernährungsplan	☐
Kalkulation des Energiebedarfs	☐
nach Bedarf Ergänzung der Nahrungsaufnahme durch künstliche Ernährung	☐
keine	☐
anderes	☐
Wenn nein, bitte begründen Sie [10]	
nicht evidenzbasiert	☐
Mangel an Erfahrung	☐
keine Vergütung	☐
Mangel an DiätologInnen	☐
Mangel an anderen ExpertInnen	☐
anderes	☐

Wie oft und mit welchen Methoden werden folgende Parameter bei KrebspatientInnen erfasst?[39]

	regelmäßig	bei jeder Chemotherapie	bei Bedarf	nie	?
Anthropometrie/Körperzusammensetzung					
Gewicht	◯	◯	◯	◯	◯
Anthropometrie (Körperumfang)	◯	◯	◯	◯	◯
BIA	◯	◯	◯	◯	◯
CT-Scan	◯	◯	◯	◯	◯
DEXA	◯	◯	◯	◯	◯
anderes	◯	◯	◯	◯	◯
Körperfunktion					
Handgrip (Handkraft)	◯	◯	◯	◯	◯
6-Minuten Gehtest	◯	◯	◯	◯	◯
anderes	◯	◯	◯	◯	◯
Energiebedarf, berechnet	◯	◯	◯	◯	◯
Nahrungsaufnahme					
jede Mahlzeit	◯	◯	◯	◯	◯
1 Mahlzeit pro Tag	◯	◯	◯	◯	◯
2 Mahlzeiten pro Tag	◯	◯	◯	◯	◯
24h-recall	◯	◯	◯	◯	◯
anderes	◯	◯	◯	◯	◯

Wer hat diesen Fragebogen (Bogen 1_ Onkologie) ausgefüllt?[11]

◯ Diätassistenz ◯ Pflegekraft ◯ Arzt ◯ Ernährungswissenschafter ◯ andere

Jede Hochzahl stimmt mit einer Nummer auf den Explanations überein

©nutritionDay oncology group for nutritionDay worldwide
nutritionDay worldwide - a cross-sectional multinational audit

Bogen 2_Onkologie Bogen Nr.[18] ☐☐ Zentrumscode[2] ☐☐☐☐☐ Stationscode[3] ☐☐☐☐☐

Station Krebspatienten

nutritionDay WORLDWIDE

Bogen 2_Onkologie

Patient ☐☐ ☐☐ (4 Initialen)[4]	Patienten Nummer[5]	ambulant (o) / stationär (w)[40]	Therapieziel[41]	Aufnahmegrund[42]	aktuelle Krebsdiagnose[43]	Zeit seit Krebsdiagnose[44]	Krebs-Staging[45]	Zeit seit erstem Therapie-beginn von aktueller Krebsdiagnose[46]	Therapie Situation[47]	Infektionen[48]	Lab. Parameter (CRP) (nur wenn Daten bereits erhoben wurden)[49]	Lab. Parameter (Albumin)[50] (nur wenn Daten bereits erhoben wurden)	Ernährungs-therapie[51]
Initialen	Nr.	o/w	c/p/t	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	○ mg/dl ○ mg/L	○ g/L ○ g/dL	1-10

THERAPIEZIEL
- **c=** kurativ
- **p=** palliativ
- **t=** terminal

AUFNAHME-GRUND
- **1=** Diagnostik
- **2=** Therapie
- **3=** Operation
- **4=** Behandlungskomplikationen
- **5=** schlechter Gesundheitszustand
- **6=** selbstständige Pflege schwierig

AKTUELLE KREBSDIAGNOSE
- **1=** Brust
- **2=** Dick- und Mastdarm
- **3=** Prostata
- **4=** Lunge
- **5=** Haut
- **6=** Blase/Niere
- **7=** Magen/Speiseröhre
- **8=** Bauchspeicheldrüse
- **9=** Lymphom
- **10=** HNO
- **11=** Leukämie
- **12=** Genitaltrakt
- **13=** Leber
- **14=** Sarkom
- **15=** Hirn
- **16=** Hoden
- **17=** anderes

ZEIT SEIT DIAGNOSE
- **1=** 0-2 Monate
- **2=** 3-5 Monate
- **3=** 6-12 Monate
- **4=** 1-2 Jahre
- **5=** 2-4 Jahre
- **6=** > 4 Jahre

KREBS-STAGING
- **0=** carcinoma in situ
- **I=** Lokal
- **II=** frühes Stadium lokal fortgeschritten
- **III=** spätes Stadium lokal fortgeschritten
- **IV=** Metastasierend

ZEIT SEIT ERSTEM THERAPIEBEGINN
- **1=** keine Therapie
- **2=** Staging/ Diagnose
- **3=** 0-2 Monate
- **4=** 3-5 Monate
- **5=** 6-12 Monate
- **6=** 1-2 Jahre
- **7=** 2-4 Jahre
- **8=** > 4 Jahre

THERAPIE SITUATION
- **1=** Diagnose
- **2=** Chemotherapie 1st line
- **3=** Chemotherapie > 1st line
- **4=** Radiotherapie
- **5=** target Therapie
- **6=** Hormontherapie
- **7=** palliativ
- **8=** Operation
- **9=** krebsbez. Komplikation
- **10=** Therapiebez. Komplikationen

INFEKTIONEN
- **1=** keine
- **2=** lokal
- **3=** generell

ERNÄHRUNGSTHERAPIE
- **1=** keine spezielle Diät
- **2=** indiv. zusammengestellte Diät
- **3=** Energie-/ Protein angereicherte ONS
- **4=** enterale Ernährung (NGT/PEG)
- **5=** parenterale Ernährung
- **6=** ONS angereichert mit speziellen Nährstoffen
- **7=** spez. Nährstoffe (EPA, verzweigtkettige Aminosäuren, Glutamine, Arginine, Carnitine)
- **8=** persönliche Vorlieben
- **9=** Ernährungsberatung
- **10=** anderes

Jede Hochzahl stimmt mit den Nummern auf den Explanations überein

©nutritionDay oncology group - for nutritionDay worldwide

nutritionDay WORLDWIDE

Onkologie Patienten-Bogen 3

Datum[1] _ _ / _ _ / _ _ _ _

Patienten Nummer[5] ☐☐

Liebe Patientin, Lieber Patient! Wir bitten Sie heute den Fragebogen auszufüllen, damit wir unsere Betreuung auf der Station vor allem hinsichtlich der Ernährung verbessern können. Wir möchten daher gerne von Ihnen wissen wie Sie sich fühlen und wie aktiv Sie sind.

Bitte kreuzen Sie an ⊗ **bzw. füllen Sie aus** m **VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**

Patienten Initialen:[4] **Vorname** ☐☐ **Nachname** ☐☐

Ihr Standardgewicht vor der aktuellen Krebserkrankung[52] ☐☐☐ **kg** ◯ ich weiß es nicht

Ihr derzeitiges Gewicht[52] ☐☐☐ **kg** ◯ ich weiß es nicht

War Ihre Gewichtsveränderung gewollt oder ungewollt?[54]

◯ gewollt ◯ ungewollt ◯ gleich geblieben

Bitte markieren Sie die Felder, die am ehesten auf Sie in der letzten Woche zutreffen:[55]

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr	ich weiß nicht
Hatten Sie Schmerzen?	◯	◯	◯	◯	◯
Mussten Sie sich ausruhen?	◯	◯	◯	◯	◯
Fühlten Sie sich schwach?	◯	◯	◯	◯	◯
Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	◯	◯	◯	◯	◯
Waren Sie müde?	◯	◯	◯	◯	◯
Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichem Leben beeinträchtigt?	◯	◯	◯	◯	◯
Hatten Sie Appetitmangel?	◯	◯	◯	◯	◯

Bitte markieren Sie die Felder, die am ehesten auf Sie momentan zutreffen:[55]

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr	ich weiß nicht
Haben Sie Schmerzen?	◯	◯	◯	◯	◯
Müssen Sie sich ausruhen?	◯	◯	◯	◯	◯
Fühlen Sie sich schwach?	◯	◯	◯	◯	◯
Fühlen Sie sich niedergeschlagen?	◯	◯	◯	◯	◯
Sind Sie müde?	◯	◯	◯	◯	◯
Fühlen Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	◯	◯	◯	◯	◯
Haben Sie Appetitmangel?	◯	◯	◯	◯	◯

Falls sich Ihr Appetit oder Ihre Nahrungsaufnahme verändert hat, wieso? [10]

☐ Übelkeit/Erbrechen ☐ Verstopfung ☐ vorzeitige Sättigung/ Appetitverlust
☐ Entzündung im Mund ☐ Durchfall
☐ Schmerzen ☐ Geschmacks-/Geruchsveränderung ☐ anderes

Welche Aktivität können Sie maximal selbstständig ausführen (bitte nur eine Option ankreuzen)? [56]

◯ bin sportlich aktiv
◯ bin ohne körperliche Einschränkung aktiv
◯ bin fähig leichte Tätigkeiten auszuführen
◯ kann mich selbst waschen und ankleiden
◯ brauche Hilfe zum Waschen und Ankleiden
◯ bin ganztags ruhebedürftig

Was nehmen Sie zusätzlich zu vom Arzt verschriebenen Medikamenten ein? [10]

☐ nichts ☐ Vitamine
☐ Gewürz- und Kräutertee ☐ andere Medikamente
☐ Nahrungsergänzungsmittel ☐ anderes

Welche der folgenden Tätigkeiten führen Sie durch? [10]

☐ nichts ☐ Meditation ☐ anderes
☐ Psychotherapie ☐ progressive Muskelentspannung
☐ Yoga ☐ Qigong

Ist es schwierig die Behandlungsvorgaben einzuhalten? [9] ◯ JA ◯ NEIN ◯ ich weiß nicht

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen? [9] ◯ JA ◯ NEIN ◯ ich weiß nicht

Denken Sie, dass eine Ernährungstherapie Ihnen bei Ihrer Erkrankung helfen würde? [9]

◯ JA ◯ NEIN ◯ ich weiß nicht

Jede Hochzahl stimmt mit den Nummern auf den Explanations überein

©nutrionday oncology group for nutritionDay worldwide
nutritionDay worldwide - a cross-sectional multinational audit