

**Intakeformular – Onkologische Zweitmeinung**

Dieses Formular dient der Vorbereitung auf ein Zweitmeinungsgespräch bei einer bestehenden Krebsdiagnose. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Situation fundiert einzuschätzen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

**Persönliche Angaben**

**Name:**  
**Geburtsdatum:**  
**Adresse:**  
**Telefonnummer:**  
**E-Mail-Adresse:**

**Diagnose und medizinische Vorgeschichte**

**Welche Krebsdiagnose wurde bei Ihnen gestellt?**  
*(Bitte genaue Bezeichnung angeben – z. B. Brustkrebs, Lungenkarzinom, Prostatakrebs etc.)*

**Datum der Erstdiagnose:**  
**Stadium / TNM-Klassifikation (falls bekannt):**

**Wurden molekulare oder genetische Analysen durchgeführt?**  
[ ] [ ] Ja [ ] [ ] Nein [ ] [ ] Unbekannt  
Falls ja: Ergebnisse (soweit bekannt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wurde eine Biopsie oder Operation durchgeführt?**  
[ ] [ ] Ja [ ] [ ] Nein  
Wenn ja: Wann und wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bisherige oder empfohlene Therapie**

**Welche Behandlung wurde bisher durchgeführt?**  
[ ] Operation [ ] Chemotherapie [ ] Immuntherapie  
[ ] Bestrahlung [ ] Hormontherapie [ ] Zielgerichtete Therapie  
[ ] Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gab es Nebenwirkungen oder Komplikationen?**

**Welche Therapie wird aktuell empfohlen (falls noch nicht begonnen)?**

**Ziele der Zweitmeinung**

**Was ist Ihnen bei der Zweitmeinung besonders wichtig?***(Mehrfachnennungen möglich)*

[ ] Bestätigung der bisherigen Therapieentscheidung   
[ ] Suche nach alternativen oder ergänzenden Optionen   
[ ] Beurteilung von molekularen oder individuellen Besonderheiten   
[ ] Einschätzung zu klinischen Studien  
[ ] Einordnung in Bezug auf Lebensqualität, Prognose oder Nachsorge   
[ ] Anderes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gibt es weitere Fragen oder Aspekte, die Sie besprechen möchten?**

**Datum & Unterschrift:**

Ort, Datum        Unterschrift Patient/in