



nutritionDay
WORLDWIDE

Onkológiai kérdőív betegeknek 3. lap

Dátum ¹ ___ / ___ / ___

Személy azonosító száma ⁵

Kedves Betegünk!

Szeretnénk megkérni, hogy a mai napon töltsse ki ezt a kérdőívet, hogy optimalizálhassuk osztályunkon az ételmezzési ellátást. Szeretnénk megtudni, hogy érzi magát és mennyire aktív.

Kérem jelölje, vagy töltsse ki

KÖSZÖNJÜK A SEGÍTSÉGÉT!

Beteg kezdőbetű: ⁴ Keresztneve első két betűje Vezetékeve utolsó két betűje

Szokásos testtömege a betegség kialakulását megelőzően ⁵²

kg

Nem tudom

Jelenlegi testtömege ⁵²

kg

Nem tudom

Változott-e testtömege akaratlagosan vagy nem akaratlagosan? ⁵⁴

Akaratlagosan

Nem akaratlagosan

Stabil testtömeg

Kérem, jelölje az elmúlt héten mi volt Önre a legjellemzőbb! ⁵⁵

	Egyáltalán nem	Nagyon kicsit	Egy kicsit	Nagyon
Fájt-e valamije?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szüksége volt pihenésre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gyengének érezte magát?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levertnek érezte-e magát?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fáradtnak érezte magát?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindennapi tevékenységében gátolta-e fájdalom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Étvágytalan volt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kérem, jelölje mi a legjellemzőbb most Önre! ⁵⁵

	Egyáltalán nem	Nagyon kicsit	Egy kicsit	Nagyon
Fáj valamije?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szüksége van pihenésre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gyengének érzi magát?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levertnek érzi magát?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fáradtnak érzi magát?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindennapi tevékenységében gátolta-e fájdalom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Étvágytalan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ha megváltozott étvágya vagy táplálékbevitel, kérem indokolja, miért! ¹⁰

- hányinger/hányás székrekedés hamar kialakuló teltségérzet/étvágytalanság
 gyulladás a szájban hasmenés
 fájdalom íz-/szag-érzékelés megváltozása mást

Az alábbi tevékenységek közül miben tud maximálisan teljesíteni? (csak egyet válasszon) ⁵⁶

- sportok önellátás
 minden tevékenység önellátás segítséggel
 könnyebb tevékenységek székhez vagy ágyhoz kötött

Mit szed az orvos által felírt készítményeken kívül? ¹⁰

- semmit multivitaminokat
 gyógyteákat más gyógyszerek
 étrend-kiegészítőket mást

Milyen tevékenységeken vesz részt az alábbiak közül? ¹⁰

- semmit meditáció mást
 pszichoterápia progresszív izomrelaxáció
 jóga Qigong

Nehéz betartani a kezelést? ⁹ IGEN NEM Nem tudom

Segített valaki a kérdőív kitöltésében? ⁹ IGEN NEM Nem tudom

Ön szerint a táplálás/táplálkozás beépítése daganatának kezelésébe segíthetne lényeges jótékony hatásokat elérni Önnek? ⁹ IGEN NEM Nem tudom