**EXPECT Fragebogen (Teil 1):**

| Geburtsjahr:_____ | heutiges Datum:_____ |
|------------------|----------------------|
| Größe:_____      | Gewicht:_____        |

**Wie oft hat ihr Arzt,**

| Ihnen sorgfältig zugehört | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|---|---|---|---|
| nie (1), selten (2), manchmal (3), immer (4) |   |   |   |   |

| Ihnen Dinge für Sie verständlich erklärt | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------------|---|---|---|---|
| nie (1), selten (2), manchmal (3), immer (4) |   |   |   |   |

| Ihnen die Information über Ihre Erkrankung und Therapie gegeben die Sie wollten | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| nie (1), selten (2), manchmal (3), immer (4) |   |   |   |   |

| Sie ermutigt krankheitsbezogene Fragen zu stellen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------------------------|---|---|---|---|
| nie (1), selten (2), manchmal (3), immer (4) |   |   |   |   |

**Nachdem Sie mit Ihrem Arzt über Ihrer Erkrankung und Therapie gesprochen haben, wie sehr glauben Sie, wird Ihnen die Chemotherapie helfen länger zu leben?**

| gar nicht (1), etwas (2), mäßig (3), stark (4) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------------------|---|---|---|---|

**helfen Ihre Krebserkrankung zu heilen?**

| gar nicht (1), etwas (2), mäßig (3), stark (4) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------------------|---|---|---|---|

**helfen Probleme durch Ihre Krebserkrankung zu bekämpfen?**

| gar nicht (1), etwas (2), mäßig (3), stark (4) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------------------|---|---|---|---|

**Wie sehr glauben Sie, dass Sie wird die Chemotherapie Ihre gewohnten Alltagstätigkeiten (Einkaufen, Hobbies, soziale Kontakte) beeinträchtigen?**

| gar nicht (1), etwas (2), mäßig (3), stark (4) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------------------|---|---|---|---|
Welche Nebenwirkungen erwarten Sie sich durch die geplante Chemotherapie?

*gar nicht* (1), *etwas* (2), *mäßig* (3), *stark* (4)

| Symptom                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------------------|---|---|---|---|
| Appetitlosigkeit…                       |   |   |   |   |
| Übelkeit/Erbrechen…                    |   |   |   |   |
| Gewichtsverlust…                       |   |   |   |   |
| Müdigkeit/Schwäche…                    |   |   |   |   |
| Schwindel…                             |   |   |   |   |
| Schmerzen…                             |   |   |   |   |
| Gefühlsstörungen an Armen und/oder Beinen… |   |   |   |   |
| Luftnot/Dyspnoe…                       |   |   |   |   |
| Infektionen…                           |   |   |   |   |

| Frage                                    | ja | nein |
|------------------------------------------|----|------|
| Sind Sie verheiratet oder in einer Lebensgemeinschaft? |    |      |
| Leben Sie alleine?                       |    |      |
| Ist Deutsch Ihre Muttersprache?          |    |      |
| Wurden Sie in Österreich geboren?        |    |      |
| Nehmen Sie an einer onkologischen Selbsthilfegruppe teil? |    |      |

| Ausbildung                                | ja | nein |
|-------------------------------------------|----|------|
| Pflichtschule                             |    |      |
| Lehre                                     |    |      |
| Matura                                   |    |      |
| Universität/Fachhochschule               |    |      |

| Frage                                    |    |      |
|------------------------------------------|----|------|
| Verbringen Sie mehr als 50% des Tages liegend? | |   |