



Sehr geehrte(r)

Sie haben sich dazu entschlossen, mehr über ganzheitliche Krebstherapien zu erfahren. Ich möchte Sie bei der komplexen Frage nach der für Sie besten Therapie unterstützen. Hierzu benötige ich so viele Informationen wie möglich von Ihnen.

Die meisten medizinischen Daten hat Ihr behandelnder Therapeut, der Ihnen diese Informationen sicherlich gerne zur Verfügung stellen wird. Sehr selten kommt es vor, dass Therapeuten dies verweigern. Sicherlich ist Ihnen bekannt, dass Ihnen diese Unterlagen juristisch zustehen. Sollte sich Ihr Therapeut weigern, Ihnen diese Unterlagen herauszugeben, kontaktieren Sie mich bitte.

Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass ich keine Behandlungen durchführe und auch keine Diagnosen mache oder überprüfe. Ich werde Sie jedoch mit neutralen Informationen über verschiedene Therapien versorgen, damit Sie Ihre Therapie besser finden können.

Krebs ist heilbar. Immer wieder erleben wir, dass auch Menschen in einem späten Stadium ihrer Erkrankung ihren Krebs erfolgreich behandeln. Werden Sie deshalb aktiv und finden Sie heraus, was Sie noch heute gegen Ihren Krebs tun können. Übernehmen Sie die Verantwortung für Ihre Erkrankung. Überlassen Sie es nicht anderen Menschen, dass Sie gesund werden. Beginnen Sie noch heute damit, darüber nachzudenken, was Sie zukünftig anders machen werden. Vertrauen Sie Ihrer inneren Stimme, die Ihnen sagt, dass Sie wieder gesund werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass ich Sie darüber aufgeklärt habe, dass ich keine Behandlungen durchführe oder Diagnosen erstelle und dass das Ziel meiner Beratung ist, Ihnen Informationen über ganzheitliche Krebstherapien zukommen zu lassen. Jede weitere Intervention besprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Arzt, Heilpraktiker, Psychologen oder sonstigem Therapeuten.

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____



Ganzheitlicher Krebsberater

Informationsblatt 1

Datum: _____

Vorname/Name _____

Strasse _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Jetziger Beruf _____

Frühere Berufe _____

Religion ev. _____ kath. _____ Andere _____

Krebsdiagnose _____

Krebsart _____

Diagnosedatum _____

Stadium (TNMG) _____

Lokalisation _____

Metastasen bei Erstdiagnose _____

Metastasen heute _____

Chirurgie des Tumors

Nein _____ Ja _____ Datum _____

Welche Operation wurde wann durchgeführt _____

Wurden Teile Ihres Tumors aufgehoben: Nein _____ Ja _____

Chemotherapie

Nein _____ Ja _____

Menge und Name der Chemoth. _____

Wieviel Zyklen _____

Beginn der Chemo _____

Ende der Chemo _____

Wurde vorher ein Sensitivitätstest gemacht _____

Bestrahlung

Nein _____ Ja _____

Dosis _____

Beginn der Bestrahlung am _____

Ende der Bestrahlung am _____

Genuntersuchungen wie z.B. p53, BRCA 1, BRCA 2, MSH 2, MLH 1, PMS 1, PMS 2, RET.....

Bitte hier auflisten _____

Hormontherapie mit _____

Blutgruppe _____

Größe _____ Normalgew. _____ Derzeitiges Gew. _____

Krankenkasse _____

Blutdruck _____

Wann _____ hatten Sie zuletzt Fieber und warum _____

Welche Therapie hat Ihnen Ihr Arzt jetzt vorgeschlagen _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit _____

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam _____

Status Quo nach Karnowsky _____

Karnowsky Schema:

- 100 Gesund, keine Beschwerden
- 90 Führt normales Leben, wenige Symptome
- 80 Etwas anstrengendes Leben, mehrere Symptome
- 70 Selbstversorger, nicht in der Lage aktiv zu leben
- 60 Benötigt teilweise Hilfe, Notwendiges wird erledigt
- 50 Benötigt täglich Hilfe und medizinische Betreuung
- 40 Benötigt permanent Hilfe
- 30 Schwere Behinderung, jedoch nicht lebensbedrohend
- 20 Schwer krank, benötigt Hilfe im Krankenhaus
- 10 Akute, tödliche Bedrohung durch die Krankheit



Ganzheitlicher Krebsberater

Informationsblatt 2

Welches sind derzeit Ihr Hauptprobleme

Welche Krankheiten haben Sie sonst noch

Welche schwere Krankheiten hatten Sie schon

Wer sind Ihre behandelnde Therapeuten

Tragen Sie bitte eine Zahl ein (1=sehr gut; 10=schlecht)

Wie ist derzeit Ihr Appetit / Durst _____

Wie ist Ihre Verdauung / Stuhlgang _____

Wie ist Ihre körperliche Bewegung _____

Haben Sie (bitte mit Nein oder Ja antworten):

Schlafstörungen _____ Amalgamfüllungen _____

Tote Zähne _____ Herzbeschwerden _____

Atemnot/Asthma _____ Unruhe/Müdigkeit _____

Störungen im Blasen/Gallenbereich _____

Erbrechen/ Übelkeit _____ Allergien _____

Rücken/Gelenkprobleme _____ Magenschmerzen _____

Gelbsucht _____ Schmerzen _____

Blutungen _____ Anämie _____

Rauchen Sie _____ Haben Sie früher geraucht, und
wenn ja, wieviel am Tag _____

Wieviel Alkohol trinken Sie _____

Wieviel Wasser usw. trinken Sie täglich _____

Bevorzugen Sie eine stationäre oder eine ambulante
Behandlung _____

Welche bedeutenden familiären Krankheiten gibt es:



Ganzheitlicher Krebsberater

Informationsblatt 3

Sind Sie

Vegetarier _____ Veganer _____ Rohköstler _____

Welche Fette/Öle benutzen Sie zum Salat

und zum Braten

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht

Warum und wie erfolgreich

Machen Sie derzeit eine Diät / bestimmte Ernährung

Wie oft pro Woche essen Sie

Fleisch _____ Wurst _____

Wie viele Tassen Kaffee pro Woche _____

Welche Ernährungsbücher gelesen

Kennen Sie Eiweiß / Fett / Kohlenhydrate unterscheiden

Wissen Sie wo Transfettsäuren drin sind

Was essen Sie nicht

Was sind Ihre Lieblings Speisen

Haben Sie eine Saftmaschine _____

Sind Sie bereit, Ihre Ernährung wirklich umzustellen

Haben Sie schon mal Einläufe gemacht

Wie oft pro Tag Stuhlgang _____

Können Sie baden _____

Können Sie Fußbäder machen _____

Wie viel Stunden pro Tag haben Sie nur für sich



Ganzheitlicher Krebsberater

Informationsblatt 4

In welchen Lebenssystemen haben Sie am meisten Stress:

Ehe/Partner _____

Familie _____

Beruf _____

Finanzen _____

Andere _____

Bevor Sie Krebs hatten, wie glücklich waren Sie _____

Wie glücklich sind Sie heute _____

Beten Sie _____

Gehen Sie regelmäßig in die Kirche _____

Meditieren Sie _____

Autogenes Training _____

Psychoanalyse _____

Synergetik _____

Neue Medizin _____

Welche Krebsbücher gelesen _____

Bewusstsein Tumor = Symptom _____

Was waren einmal Ihre Lebensträume

Was würden Sie sehr gerne einmal tun

Was möchten Sie mit noch mitteilen, wovon Sie glauben, daß es wichtig ist:

Welche Frage(n) möchten Sie unbedingt beantwortet haben:
