



Brustkrebsstudie

Thema Selbstheilung - allgemeiner Fragebogen

Diese Daten zu Ihrer Person werden vertraulich behandelt.
Sie erhalten im folgenden eine Schlüsselnummer.

Name: _____ Schlüssel-Nr.: _____
Straße: _____ Datum: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Uhrzeit: _____

Bitte beantworten Sie Fragen mit einem nur mit einem X. z.B.

Sind Sie Linkshänder? Rechtshänder?
(Probe: in die Hände klatschen und wahrnehmen, welche Hand in die andere schlägt)

Bitte teilen Sie uns das Jahr der Erstdiagnose mit: _____
Brustseite? Links: Rechts:

Jahr der jetzigen Diagnose: _____
Brustseite? Links: Rechts:
Wie viele Brustkrebserkrankungen sind es insgesamt? _____

Wie viele Krebserkrankungen insgesamt? _____

Bitte teilen Sie uns näheres zu bisher durchgeführten Behandlungen und Therapien mit:

a) Schulmedizinische Behandlung/ Therapie: Ja: Nein:

Wenn ja, welche:	Wann:	Wie oft:
1. Chemotherapie _____		
2. Radiologie _____		
3. Chirurgie _____		
4. Medikamente _____		
5. Sonstiges _____		

Wie waren Ihre persönlichen Erfahrungen dabei?:
Positiv: Negativ: Neutral:
Ich bin dadurch geheilt worden: Ja: Nein:

b) Psychotherapeutische Begleitung: Ja Nein:
Wenn ja, welche: 1. _____
2. _____ Weitere: _____

Wie waren Ihre persönlichen Erfahrungen dabei?:
Positiv: Negativ: Neutral:
Ich bin davon geheilt worden: Ja Nein:

c) Naturheilverfahren: Ja Nein:

Wenn ja, welche: 1. _____
2. _____ Weitere: _____

Wie waren Ihre persönlichen Erfahrungen dabei?

Positiv: Negativ: Neutral:

Ich bin davon geheilt worden: Ja: Nein:

d) Ganzheitliche Heilverfahren / Selbstheilungsmethoden: Ja: Nein:

Wenn ja, welche: 1. _____
2. _____ Weitere: _____

Wie waren Ihre persönlichen Erfahrungen dabei?

Positiv: Negativ: Neutral:

Ich bin davon geheilt worden: Ja: Nein:

e) Diätetisch Maßnahmen: Ja: Nein:

Wenn ja, welche: 1. _____
2. _____ Weitere: _____

Wie waren Ihre persönlichen Erfahrungen dabei?

Positiv: Negativ: Neutral:

Ich bin davon geheilt worden: Ja: Nein:

f) Andere Wege: Ja: Nein:

Wenn ja, welche: 1. _____
2. _____ Weitere: _____

Wie waren Ihre persönlichen Erfahrungen dabei?

Positiv: Negativ: Neutral:

Ich bin davon geheilt worden: Ja: Nein:

Was verstehen Sie unter Heilung?

- 1. Symptomfrei
- 2. frei von körperlichen Beschwerden
- 3. körperlich und geistig im Gleichgewicht
- 4. körperliches Wohlbefinden
- 5. Knoten hat sich aufgelöst

Glauben Sie, daß Sie selbst wesentlich zu Ihrer Heilung beitragen können? In welchem Umfang?

10%-----20%-----30%-----40%-----50%-----60%-----70%-----80%-----90%-----100%

Sind Sie bereit, sich auf Ihren eigenen Selbstheilungsweg zu machen?

10%-----20%-----30%-----40%-----50%-----60%-----70%-----80%-----90%-----100%

Brauchen Sie dabei Unterstützung? Ja: Nein:

Welche: _____

Bemerkungen: