

Online-Kurs „DLBCL behandeln“

Mein Nebenwirkungstagebuch

Dies ist Ihr Nebenwirkungstagebuch für Ihre Therapie beim DLBCL. Es unterstützt Sie während der Behandlung, macht Nebenwirkungen sichtbar und hilft so, diese unter Kontrolle zu bringen. Je genauer Sie dieses Tagebuch führen, desto besser können Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt helfen.

Wie funktioniert ein Nebenwirkungstagebuch?



1. Tragen Sie das Datum in die Tabelle ein.
2. Bewerten Sie Ihr generelles Wohlbefinden von 1) sehr schlecht bis 5) sehr gut
3. Halten Sie Symptome fest, die Nebenwirkungen von der Therapie sein könnten. Halten Sie auch die Stärke fest (leicht, mittel, stark).
4. Schreiben Sie auch sonstige Situationen, die einen Einfluss haben könnten, wie z. B. allergische Beschwerden oder vermehrten Stress, in Ihrem Tagebuch auf.
5. Bringen Sie das ausgefüllte Tagebuch zum Termin mit und besprechen Sie es mit Ihren Ärzt:innen.

Nebenwirkungen können zum Beispiel sein:

- ▶ Schmerzen (z. B. Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)
- ▶ Müdigkeit/Erschöpfung
- ▶ Magen-Darm-Beschwerden (Durchfall, Verstopfung)
- ▶ Infekt
- ▶ Fieber
- ▶ Hautveränderung (Ausschlag, Trockenheit)
- ▶ Kribbeln / Taubheit
- ▶ Haarausfall
- ▶ Entzündungen
- ▶ Schwindel

Behandlungswoche: (Woche vom _____ bis _____)

Datum	Generelles Wohlbefinden	Symptome und Schweregrad	Besondere Umstände an diesem Tag (z.B. körperliche Anstrengung, Stress, etc.)
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		