

# 3E FRAGEBOGEN



*Bitte gemeinsam mit Ihren medizinischen  
Daten an uns zurücksenden. Vielen Dank!*

Datum: \_\_\_\_\_

Ich würde gerne beginnen am: \_\_\_\_\_

## Teil 1: Pflichtangaben - bitte alle diese Fragen beantworten!

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Telefonnummer für Notfall:

\_\_\_\_\_

### Krebsdiagnose

Krebsart \_\_\_\_\_

Diagnosedatum \_\_\_\_\_

Stadium (TNMG) \_\_\_\_\_

Lokalisation \_\_\_\_\_

Metastasen bei Erstdiagnose \_\_\_\_\_

Metastasen heute \_\_\_\_\_

### Chirurgie des Tumors

Nein  Ja Datum \_\_\_\_\_

Welche Operation wurde wann durchgeführt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Chemotherapie Nein Ja

Beginn der Chemo \_\_\_\_\_

Ende der Chemo \_\_\_\_\_

Wie viele Zyklen \_\_\_\_\_

Wurde vorher ein Sensitivitätstest gemacht?

Nein  Ja

Krankenversicherung:  Gesetzlich  privat

Bestrahlung  Nein  Ja

Dosis \_\_\_\_\_

Beginn der Bestrahlung am \_\_\_\_\_

Ende der Bestrahlung am \_\_\_\_\_

Hormontherapie  Nein  Ja

mit \_\_\_\_\_

Blutgruppe \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Normalgewicht \_\_\_\_\_

Derzeitiges Gewicht \_\_\_\_\_

Blutdruck \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_ hatten Sie zuletzt Fieber und warum \_\_\_\_\_

Welche Therapie hat Ihnen Ihr Arzt jetzt vorgeschlagen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Welche Medikamente nehmen Sie derzeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Status Quo nach Karnofsky \_\_\_\_\_

### Karnofsky 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

**Welches sind derzeit Ihre Hauptprobleme?**

---

---

---

---

**Welche Krankheiten haben Sie im Augenblick sonst noch?**

---

---

---

---

**Haben Sie offene Wunden?**  Nein  Ja

Was für Wunden haben Sie wo am Körper?

---

---

---

---

**Welche schweren Krankheiten hatten Sie schon in der Vergangenheit?**

---

---

---

---

**Hatten Sie Hepatitis?**  Nein  Ja

**Hatten Sie eine Infektionskrankheit (z.B.**

**Diphtherie oder TB)?**  Nein  Ja

Welche?

---

---

---

**Wie oft pro Tag Stuhlgang?** \_\_\_\_\_

**Können Sie baden?**  Nein  Ja

**Können Sie Fußbäder machen?**  Nein  Ja

**Tragen Sie bitte eine Zahl ein**

(1 = sehr gut; 10 = sehr schlecht)

Wie ist derzeit Ihr Appetit/Durst? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre Verdauung/Stuhlgang? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre körperliche Bewegung? \_\_\_\_\_

**Haben Sie (bitte mit Ja oder Nein antworten)**

Schlafstörungen?  Nein  Ja

Amalgamfüllungen?  Nein  Ja

Tote Zähne?  Nein  Ja

Herzbeschwerden?  Nein  Ja

Atemnot/Asthma?  Nein  Ja

Unruhe/Müdigkeit?  Nein  Ja

Störungen im Blasen/

Gallenbereich?  Nein  Ja

Erbrechen/Übelkeit?  Nein  Ja

Allergien?  Nein  Ja

Rücken/Gelenkprobleme?  Nein  Ja

Gelbsucht?  Nein  Ja

Schmerzen?  Nein  Ja

(wie stark sind Schmerzen von 1 bis 10: \_\_\_\_\_)

1 = keinerlei Schmerzen, 10 = jeden Tag sehr starke Schmerzen)

Nehmen Sie täglich

Schmerzmittel?  Nein  Ja

Blutungen?  Nein  Ja

Anämie?  Nein  Ja

Psychische Erkrankung?  Nein  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Suizidversuch?  Nein  Ja

Nehmen Sie Psychopharmaka?  Nein  Ja

Rauchen Sie?  Nein  Ja

Haben Sie früher geraucht und, wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

Wie viel Alkohol trinken Sie? \_\_\_\_\_

**Implantate und Hörgeräte**

Haben Sie Implantate im Körper?  Nein  Ja

Welche?

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Nein  Ja

Haben Sie einen Port?  Nein  Ja

Tragen Sie ein Hörgerät?  Nein  Ja

Tragen Sie Insulin-/Schmerzpumpe?  Nein  Ja

**Haben Sie eine Corona Impfung erhalten?**

Nein  Ja

Wenn ja, mit welchem Impfstoff und wie oft?

---

---

## Teil 2: Freiwillige Angaben

**Wie viel Wasser** usw. trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_  
Welche bedeutenden **familiären Krankheiten** gibt es?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Privat versichert:  Gesetzlich versichert:

Jetziger Beruf \_\_\_\_\_

Frühere Berufe \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_

Links- oder Rechtshänder \_\_\_\_\_

**Wer sind Ihre behandelnden Therapeuten?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sind Sie?**

Vegetarier  Veganer  Rohköstler

Welche Fette/Öle benutzen Sie zum Salat?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Und zum Braten \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht?

Nein  Ja

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 die Öl-Eiweiß-Kost?**

Nein  Ja

**Wissen Sie wo Transfettsäuren enthalten sind**

Nein  Ja

**Was essen Sie nicht?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was sind Ihre Lieblingspeisen?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Saftpresse?**

Nein  Ja

**Sind Sie bereit, Ihre Ernährung wirklich umzustellen?**

Nein  Ja

**Haben Sie schon mal Einläufe gemacht?**

Nein  Ja

**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?**  Nein  Ja

**Gehen Sie regelmäßig in die Kirche?**

Nein  Ja

**Meditieren Sie?**  Nein  Ja

Machen Sie regelmäßige **Entspannungsübungen** wie z.B. Autogenes Training?  Nein  Ja

Haben Sie **Psychoanalyse/Psychotherapie** gemacht?  Nein  Ja

**Welche Krebsbücher gelesen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was waren einmal Ihre Lebensträume?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was würden Sie sehr gerne einmal tun?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was möchten Sie uns noch mitteilen, wovon Sie glauben, dass es wichtig ist?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Frage(n) möchten Sie unbedingt beantwortet haben?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nachfolgende Informationspflicht 3E-Fragebogen gelesen und akzeptiert:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## Informationspflichten 3E-Fragebogen

Im Folgenden informieren wir über die Erhebung personenbezogener Daten in Verbindung mit dem 3E-Fragebogen. Personenbezogene Daten sind alle Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind, also z. B. Name, Adresse, E-Mail-Adressen, Telefonnummer.

### 1. Kontaktdaten und betrieblicher Datenschutzbeauftragter

Verantwortlicher gemäß Artikel 4 Absatz 7 DS-GVO ist 3E Gesundheitszentrum für ganzheitliche Therapien Buocher Höhe GmbH und Seminarzentrum Buocher Höhe GmbH

Im Salenhäule 10

73630 Remshalden-Buoch

Telefon: +49(0)7151 9813-0

Telefax: +49(0)7151 9813-210

E-Mail: [klaus.perfl@3e-zentrum.de](mailto:klaus.perfl@3e-zentrum.de)

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der 3E Gesundheitszentrum für ganzheitliche Therapien Buocher Höhe UG und Seminarzentrum Buocher Höhe GmbH ist unter der o.g. Anschrift, zu Händen der Abteilung Datenschutz, bzw. unter [datenschutzbeauftragter@3e-zentrum.de](mailto:datenschutzbeauftragter@3e-zentrum.de) erreichbar.

### 2. Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlagen

(1) Die Daten werden von uns erhoben, gespeichert und ggf. weitergegeben, soweit es erforderlich ist, um den gesundheitlichen Zustand für eine Teilnahme am 3E-Programm abklären zu können. Die Erhebung, Speicherung und Weitergabe erfolgt mithin zum Zwecke der Durchführung und Prüfung vorvertraglicher Maßnahmen die auf Anfrage der betroffenen Person erfolgen und auf Artikel 22 Absatz 1, b BDSG (neu). Eine Nichtbereitstellung dieser Daten kann zur Folge haben, dass die Person nicht an unserem 3E-Programm teilnehmen kann.

Eine weitergehende Verarbeitung erfolgt nur, wenn Sie eingewilligt haben oder eine gesetzliche Erlaubnis vorliegt. Teilweise bedienen wir uns externer Dienstleister mit Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, um Ihre Daten zu verarbeiten.

Diese Dienstleister wurden von uns sorgfältig ausgewählt, schriftlich beauftragt und sind an unsere Weisungen gebunden. Sie werden von uns regelmäßig kontrolliert. Die Dienstleister werden diese Daten nicht an Dritte weitergeben, sondern sie nach Vertragserfüllung und dem Abschluss gesetzlicher Speicherfristen löschen, soweit Sie nicht in eine darüberhinausgehende Speicherung eingewilligt haben.

Darüber hinaus übermitteln wir, falls die Person an unserem 3E-Programm teilnimmt, den ausgefüllten 3E-Fragebogen sowie beigefügte medizinische Daten und Berichte an den beratenden Arzt, der jede Person, die am 3E-Programm teilnimmt, für ein persönliches Gespräch trifft. Dies erfolgt, entsprechend den gesetzlichen Anforderungen, soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen und der berechtigten Interessen Dritter erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihre Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Die Erhebung, Speicherung und Weitergabe erfolgt mithin zum Zwecke der betrieblichen Interessen auf der Grundlage des Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f DS-GVO.)

(2) Wir unterhalten aktuelle technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Schutzes personenbezogener Daten. Diese werden dem aktuellen Stand der Technik jeweils angepasst.

### 3. Dauer der Datenspeicherung

Soweit wir Ihre Kontaktdaten nicht für betriebliche Zwecke verarbeiten, speichern wir die für den 3E-Fragebogen und medizinischen Berichte erhobenen Daten mit einer Frist von 6 Monaten. Sollte die Person jedoch am 3E-Programm teilnehmen dann bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen von 10 Jahren. Nach Ablauf dieser Frist werden die in dem 3E-Fragebogen erhobenen Daten sowie die mitgelieferten medizinischen Berichte gelöscht bzw. gesperrt, wenn ein Löschen nicht möglich ist.

### 4. Ihre Datenschutzrechte

Sie haben das Recht, von uns jederzeit über die zu Ihnen bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DS-GVO) Auskunft zu verlangen. Dies betrifft auch die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die diese Daten weitergegeben werden und den Zweck der Speicherung. Zudem haben Sie das Recht, unter den Voraussetzungen des Artikel 16 DS-GVO die Berichtigung und/oder unter den Voraussetzungen des Artikel 17 DS-GVO die Löschung und/oder unter den Voraussetzungen des Artikel 18 DS-GVO die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Ferner können Sie unter den Voraussetzungen des Artikel 20 DS-GVO jederzeit eine Datenübertragung verlangen – sofern die Daten noch bei uns gespeichert sind. Im Fall einer Verarbeitung personenbezogener Daten zur Wahrnehmung von im öffentlichen Interesse liegenden Aufgaben (Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe e DS-GVO) oder zur Wahrnehmung berechtigter Interessen (Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f DS-GVO), können Sie der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Im Fall des Widerspruchs haben wir jede weitere Verarbeitung Ihrer Daten zu den vorgenannten Zwecken zu unterlassen, es sei denn,

- es liegen zwingende, schutzwürdige Gründe für eine Verarbeitung vor, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder
- die Verarbeitung ist zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich. Unter den Voraussetzungen des Artikel 21 Absatz 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden.

### 5. Kontakt

Alle Informationswünsche, Auskunftsanfragen, Widerrufe oder Widersprüche zur Datenverarbeitung richten Sie bitte per E-Mail an unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutzbeauftragter@3e-zentrum.de](mailto:datenschutzbeauftragter@3e-zentrum.de) oder per Brief an die unter 1. genannte Adresse. Für nähere Informationen verweisen wir auf den vollständigen Text der DS-GVO, welcher im Internet unter <https://dsgvo-gesetz.de> verfügbar ist und unsere Datenschutzerklärung, welche im Internet unter <https://www.3e-zentrum.de/krebs therapie/ datenschutz/> einsehbar ist.

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde über datenschutzrechtliche Sachverhalte zu beschweren.

### Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg

Dr. Stefan Brink

Postfach 10 29 32

70025 Stuttgart

Telefon: 07 11/61 55 41-0

Telefax: 07 11/61 55 41-15

E-Mail: [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)

Web: <http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de>