

Erfahrungsbericht zur Therapie mit anthroposophischen Mistelpräparaten bei malignen Tumoren

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Wir bitten Sie um Berichte zu Ihrem Vorgehen mit Mistelpräparaten bei Patienten mit malignen Tumoren und hämatologischen Erkrankungen. Wertvoll sind vor allem Ihre wiederholt guten Erfahrungen bei gleicher Indikation, gleichem Mistelpräparat und gleicher Anwendungsweise. Scheuen Sie sich bitte nicht uns mitzuteilen, welchen Anteil diese guten Verläufe an der Gesamtzahl der von Ihnen so behandelten Patienten ausmachen. Für besonders eindrucksvolle Einzelfälle sind wir dankbar, sie sollten aber als solche gekennzeichnet werden. Bei mehreren Fragen können alternative Punkte angegeben werden, z.B. kann die besondere Misteltherapie ausgewählt worden sein wegen der Tumorentität, wegen des klinischen Stadiums der Erkrankung (adjuvant/fortgeschritten/terminal), wegen Begleitbeschwerden oder z.B. im Blick auf die individuelle Konstitution des Patienten. Wenn Sie es wünschen, können Sie anstelle von eigenen Formulierungen auch auf die beispielhaft angegebenen Begriffe zurückgreifen und jeweils zutreffende Begriffe ankreuzen.

Bitte verwenden Sie bei freier Formulierung das Freitextfeld auf Seite 5.

Wünschen Sie Rücksprache, verständigen Sie uns bitte per Mail an [✉ editor@vademecum.org](mailto:editor@vademecum.org)

Die aktuelle Version des Formulars können Sie von [✉ www.vademecum.org](http://www.vademecum.org) herunterladen.

- Bitte verwenden Sie jeweils nur *ein* Formular pro Indikation und kreuzen entsprechend an.
- Verwenden Sie auch auf Mac-Rechnern das Programm *Adobe Reader*. Das Apple-Programm *Preview* ist für das Ausfüllen von PDF-Formularen nicht geeignet.

A Indikation

In welcher klinischen Situation haben Sie Erfahrung mit einer bestimmten Misteltherapie?

Kurativ/Adjuvant

Lokal fortgeschritten

Systemisch fortgeschritten

Terminalstadium

Bei welchem Tumor (Organ, ggf. Histologie, TNM, Grading) ?

B Therapieziel

Welche Therapieziele sind für Sie behandlungsleitend?

C Konstitutionelle Gesichtspunkte

Spielen auch konstitutionelle oder andere Gesichtspunkte eine Rolle für die von Ihnen gewählte Form der Misteltherapie?

Ja Nein

Wenn ja: welche? – Zutreffendes bitte ankreuzen und in Stichworten erläutern bzw. ergänzen.

Geschlecht

Alter

Kräftezustand/Wärmeregulation

Allgemeine Konstitution

Andere, nicht genannte

D Präparat und Applikationsart

Welches Präparat/welche Präparate (Wirtsbaum, Hersteller und ggf. Zusätze) verwenden Sie mit welcher Applikationsart?

Haben Sie besondere Gesichtspunkte zur Wahl des Präparates/der Präparate?

Ja Nein

Wenn ja: welche?

E Dosierung

Dosierung (vollständige Präparatebezeichnung, Einzeldosis, Dosierungsintervall)

- Anfangsdosierung

- Wie steigern Sie die Dosierung bzw. passen Sie sie an? Welche Zieldosierung erreichen Sie?

F Therapieanpassung

Bitte nennen Sie Ihre Kriterien/Gründe für ggf. notwendige Dosisanpassung, Wirtsbaumwechsel, Wechsel des Präparats und/oder Applikationsform.

G Wirkungseintritt

- Welche Besserung von Symptomen oder andere Veränderungen (Lokalreaktion, Temperaturkurve etc.) zeigen Ihnen ein Ansprechen der Therapie an?

- Nach welcher Zeitdauer von Therapiebeginn treten diese ersten Veränderungen auf?

H Behandlungseffekt

Wieviele Patienten haben Sie ungefähr für diese Indikation so behandelt?

Was beobachten Sie bei dem beschriebenen Vorgehen bezogen auf die unter B) genannten Therapieziele? Inwieweit werden die Therapieziele erreicht? Inwieweit werden andere Verbesserungen beobachtet?

Können Sie den Behandlungseffekt der Misteltherapie ungefähr quantifizieren: Bei welchem Prozentsatz der von Ihnen so behandelten Patienten erreichen Sie einen zufriedenstellenden Behandlungseffekt, bezogen auf die unter B) genannten Therapieziele – den Sie mit großer Wahrscheinlichkeit auf den Einfluss der Misteltherapie zurückführen.

Therapieziel 1	bei	% der Patienten*
Therapieziel 2	bei	% der Patienten*
Therapieziel 3	bei	% der Patienten*

* Nur ausfüllen, wenn es sich nicht um einen Einzelfall handelt. Bezogen auf die oben angegebene Patientenzahl.

Zeitdauer von Therapiebeginn bis zum Erreichen der Therapieziele:

I Therapiedauer

Wie lange haben Sie insgesamt behandelt? Wurden Therapiepausen gemacht und wenn ja, wie oft und wie lange?

J Differenzialtherapie

Inwiefern sind die unter C) genannten konstitutionellen Gesichtspunkte für Ihre Differenzialtherapie wichtig? Wann würden Sie nicht wie oben dargestellt behandeln?

K Nebenwirkungen

Sehen Sie unerwünschte oder „erwünschte“ Nebenwirkungen (z.B. Fieber)?

Bitte geben Sie an, welcher Art die Nebenwirkungen waren, wie häufig sie vorkamen und wann im Therapieverlauf bzw. bei welcher Dosierung und welchem Präparat sie auftraten. Gab es besondere Begleitumstände, die Sie als (mit)auslösend ansehen?

L Begleittherapien

Bitte nennen Sie, falls zutreffend, weitere für das Erreichen des Therapieziels notwendige und sinnvolle Maßnahmen und Therapien (Anthroposophische Medizin, pflegerische Maßnahmen, Anthroposophische Therapien, Komplementärmedizin, Schulmedizin).

M Freitextfeld

Für Kommentare oder für die freie Formulierung einer Indikation verwenden.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die obige Information in einer zukünftigen Ausgabe des *Vademecum Anthroposophische Arzneimittel* durch die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte (GAÄD) Verwendung findet.

Ja Nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Name in einer zukünftigen Ausgabe des *Vademecum Anthroposophische Arzneimittel* veröffentlicht wird.

Ja Nein

Datum im Format TT.MM.JJJJ

Vorname	Name	Titel
Adresse		
Postleitzahl	Ort	Land
Telefon	Fax	
E-Mail		

- Bitte senden Sie dieses Formular nach Fertigstellung bevorzugt per E-Mail an editor@vademecum.org durch Klick auf den Button
- Oder drucken Sie das Formular aus und senden Sie es per Post an:
Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte (GAÄD)
Redaktion Vademecum
Roggenstr. 82
DE-70794 Filderstadt
- Oder übermitteln Sie den Ausdruck des Formulars per Fax an +49 711 779 97 12