



**DEUTSCHES
KONSORTIUM**

Familiärer Brust-
und Eierstockkrebs

unterstützt durch die Deutsche Krebshilfe

BASISFRAGEBOGEN

Version 03.03.2015

Personen-ID - -
Zentrum Familie Mitglied

1 Allgemeine Informationen

1.1 Wann wurden Sie geboren?

_____ *TT MM JJJJ*

1.2 In welchem Land wurden Sie geboren?

1.2.1 In welchem Land wurde Ihre Mutter geboren?

1.2.2 In welchem Land wurde Ihr Vater geboren?

1.3 Zu welcher ethnischen Gruppe betrachten Sie sich zugehörig?

- Weiß/Kaukasisch
- Afrikanisch/Schwarz
- Asiatisch
- Nord Afrikanisch
- Türkisch
- Andere, welche?

1.4 Was ist Ihr Familienstand?

- ledig
- verheiratet od. Lebensgemeinschaft
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

1.5 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Noch Schüler/in ohne Abschluss
- Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (ohne Volksschulabschluss)
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule
- Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium/EOS, EOS mit Lehre)
- weiß nicht
- Einen anderen Schulabschluss, welchen?

1.6 Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

- Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)
- Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung
- Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
- Fachhochschulabschluss
- Hochschulabschluss
- weiß nicht
- Einen anderen beruflichen Abschluss, welchen?

1.7 Sind Sie momentan berufstätig?

- Ja, Vollzeit
- Ja, Teilzeit
- Nein

2 Größe und Gewicht

2.1 Wie groß sind Sie?

_____ cm

2.2 Was ist Ihr Durchschnittsgewicht? (*ausgenommen Schwangerschaft*)

_____ kg

2.3 Was ist Ihr momentanes Gewicht?

_____ kg

2.4 Wie viel haben Sie (*ausgenommen Schwangerschaft*) im Alter von ... gewogen?

20 Jahre _____ kg

50 Jahre _____ kg

30 Jahre _____ kg

60 Jahre _____ kg

40 Jahre _____ kg

2.5 Was war Ihr höchstes Gewicht? (*ausgenommen Schwangerschaft*)

_____ kg

im Alter von _____ Jahren

2.6 Wie war Ihr Geburtsgewicht?

_____ Gramm

2.7 Nach wie vielen Schwangerschaftswochen wurden Sie selbst geboren?

- Weniger als 26 Wochen
- 26-36 Wochen
- Mehr als 36 Wochen
- unbekannt

3 Körperliche Bewegung

3.1 Wie würden Sie Ihre körperlichen Aktivitäten in Ihrer Freizeit, im Vergleich zu anderen Frauen, beurteilen?

im Alter von:	viel weniger aktiv	etwas weniger aktiv	ebenso aktiv	viel aktiver
10 – 19 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 – 29 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 – 39 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 – 49 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 – 59 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 – 69 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 Wie oft führten Sie in einer typischen Woche im vergangenen Jahr (ausgenommen Schwangerschaft oder Krankheit) folgende Aktivitäten durch:

3.2.1 Zu-Fuß-Gehen, zur Arbeit, zum Einkaufen und in der Freizeit

Im Sommer *Stunden/Woche*

Im Winter *Stunden/Woche*

3.2.2 Fahrradfahren, zur Arbeit, zum Einkaufen und in der Freizeit

Im Sommer *Stunden/Woche*

Im Winter *Stunden/Woche*

3.2.3 Gartenarbeit

Im Sommer *Stunden/Woche*

Im Winter *Stunden/Woche*

3.2.4 Sportliche Aktivitäten, wie Fitness, Aerobic, Schwimmen, Jogging, Tennis, anderes, etc.

Im Sommer *Stunden/Woche*

Im Winter *Stunden/Woche*

3.2.5 Wenn Sie sportlich aktiv waren, wie viele Stunden pro Woche haben Sie Wettkampfsport oder Kraftsport betrieben?

Im Sommer *Stunden/Woche*

Im Winter *Stunden/Woche*

3.3 Wie würden Sie den Level Ihrer körperlichen Aktivität in Verbindung mit Ihrem Beruf (inkl. Hausarbeit) beschreiben?

- leicht
- moderat
- schwer

4 Ernährung

4.1 Ernähren Sie sich vegetarisch?

- Ja
- Nein

4.1.1 *Falls ja, seit welchem Alter?*

_____ Jahre

4.2 Ernähren Sie sich makrobiotisch?

- Ja
- Nein

4.2.1 *Falls ja, seit welchem Alter?*

_____ Jahre

4.3 Leiden Sie unter einer Lebensmittelallergie?

- Ja
- Nein

4.3.1 *Falls ja, unter welcher?*

- Allergie gegen Obst und Gemüse
- Gewürz- /Kräuterallergie
- Eiallergie
- Nussallergie
- Fischallergie
- andere Allergie, welche:

4.3.2 *Falls Lebensmittelallergie ja, seit welchem Alter?*

_____ Jahre

4.4 Leiden Sie unter einer Nahrungsmittelunverträglichkeit?

- Ja
- Nein

4.4.1 *Falls ja, unter welcher?*

4.4.2 *Falls Nahrungsmittelunverträglichkeit ja, seit welchem Alter?*

_____ Jahre

5 Rauchen

5.1 Haben Sie jemals geraucht? (*min. eine Schachtel pro Monat für ein Jahr*)

- Ja
 Nein *Falls nein, weiter bei Frage 6.1*

5.1.1 *In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen?*

_____ *Jahre*

5.2 Rauchen Sie zurzeit?

- Ja
 Nein

5.2.1 *Falls ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie zurzeit durchschnittlich?*

_____ *Zigaretten/Tag*

5.2.2 *Falls nein, in welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?*

_____ *Jahre*

5.3 Gesamtanzahl der Jahre, in denen Sie geraucht haben

_____ *Jahre (ausgenommen Phasen in denen Sie nicht geraucht haben)*

5.3.1 *Wie viele Zigaretten haben Sie in dieser Zeit durchschnittlich geraucht?*

- 5 Zigaretten oder weniger pro Tag
 6 bis 10 Zigaretten pro Tag
 11 bis 20 Zigaretten pro Tag
 21 bis 30 Zigaretten pro Tag
 mehr als 30 Zigaretten pro Tag

5.4 Haben Ihre Eltern in Ihrer Kindheit geraucht?

- Ja, meine Mutter
 Ja, mein Vater
 Ja, beide
 Nein, beide nicht
 unbekannt

6 Alkohol

6.1 Haben Sie jemals regelmäßig Alkohol getrunken? (*mind. 1 Glas pro Monat im Jahr*)

- Ja
 Nein *Falls nein, weiter bei Frage 7.1*

In welchem Alter haben Sie **begonnen** regelmäßig Alkohol zu trinken? (*regelmäßig bedeutet min. 1 Glas/Woche*)

_____ Jahre

6.2 Falls Sie aufgehört haben Alkohol zu trinken, in welchem Alter war das?

_____ Jahre

6.3 Bitte füllen Sie, für die unterschiedlichen Getränke die folgende Tabelle aus.

- Wieviel Gläser **Wein** haben Sie **pro Woche** im **Alter von 20 Jahren** getrunken?
- Wie viele Gläser **Wein** haben Sie **pro Woche im letzten Jahr** getrunken?
- Haben Sie außerdem noch andere alkoholische Getränke zu sich genommen? Falls ja, bitte beantworten Sie die beiden ersten Fragen auch für diese Getränke.

Beispiel: Im Alter von 20 haben Sie pro Woche durchschnittlich 12 Gläser Bier getrunken. Im letzten Jahr haben Sie pro Woche durchschnittlich 8 Gläser Bier getrunken.

	Art des alkoholischen Getränkes	Alter	kein/ selten	1-5 Gläser pro Woche	6-10 Gläser pro Woche	11-15 Gläser pro Woche	15+ Gläser pro Woche
	<i>Beispiel: Bier</i>	20 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>im letzten Jahr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3.1	Wein (ein Glas ~ 12cl)	20 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>im letzten Jahr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3.2	Aperitif (1 Glas 10cl) <i>(z.B. Port, Muscat)</i>	20 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>im letzten Jahr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3.3	Bier, Cidre (ein Glas ~ 25cl)	20 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>im letzten Jahr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3.4	Spirituosen, Liköre <i>(e.g. Cocktails, Whisky)</i>	20 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>im letzten Jahr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Menstruation

7.1 Hatten Sie jemals Ihre Regelblutung?

- Ja
 Nein *Falls nein, weiter bei Frage 8.1*

7.2 *Falls ja*, wie alt waren Sie bei Ihrer **ersten Regelblutung**?

_____ *Jahre*

Falls Sie sich nicht mehr genau erinnern, versuchen Sie bitte zu schätzen:

- mit 11 Jahren oder jünger
 mit 12 bis 14 Jahren
 mit 15 oder älter
 ich weiß es nicht mehr

7.3 Wie regelmäßig haben/hatten Sie Ihre Regelblutung? (*ausgenommen Schwangerschaft, Stillzeit, hormonelle Kontrazeption*)

- immer regelmäßig
 meistens regelmäßig
 nie regelmäßig

Mit regelmäßig meinen wir, dass der Start auf 2 Tage genau berechenbar war.

7.4 Wie viele Tage lagen/liegen durchschnittlich zwischen dem Beginn einer Regelblutung und der nächsten?

_____ *Tage*

7.5 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Regelblutung?
(*wenn Sie injizierbare Verhütungsmittel oder eine Hormonspirale oder -stäbchen verwenden, bitte auch mit ja beantworten*)

- Ja *Falls ja, weiter bei Frage 7.6*
 Nein

7.5.1 *Falls nein*, in welchem Alter hatten Sie Ihre letzte Periode?

_____ *Jahre*

7.5.2 Was war der Grund für das Ende Ihrer Regelblutung? (*Mehrfachantworten sind möglich*)

- natürliche Wechseljahre
 Schwangerschaft/Stillzeit
 Medikamente (ausgenommen Chemotherapie)
 Entfernung beider Eierstöcke (Ovarektomie)
 Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie)
 Strahlentherapie/-behandlung
 Chemotherapie
 Regelblutung setzte nach dem Absetzen der Kontrazeption nicht wieder ein
 Anderer, welcher

7.6 Lassen Sie jährlich eine gynäkologische Untersuchung durchführen?

- Ja
 Nein

7.6.1 Falls ja, wann war die letzte Untersuchung?

_____ TT MM JJJJ

8 SCHWANGERSCHAFTEN

8.1 Waren Sie jemals schwanger?

- Ja
 Nein Falls nein, weiter bei Frage 8.4

8.2 Bitte füllen Sie, für jede Schwangerschaft einzeln die folgenden Fragen in der Tabelle aus. (Je Schwangerschaft eine Zeile).

- Wann war das Schwangerschaftsende und wie viele Wochen waren Sie schwanger?
- Wie war der Ausgang Ihrer Schwangerschaft, z.B. Lebend-, Tot-, Fehlgeburt oder induzierter Abbruch (Für Zwillinge oder Mehrlingsgeburten nutzen Sie bitte pro Kind eine Zeile)?
- Für lebendgeborene Kinder: Haben Sie gestillt? Wenn ja, wie lange (Monate)?

Beispiel: 1. Sie haben lebend geborene Zwillinge entbunden am 2. November 1994 nach einer 38 wöchigen Schwangerschaft. Diese wurden 3 Monate von Ihnen gestillt.

2. Sie hatten eine Fehlgeburt am 12. Februar 1996. Die Schwangerschaft dauerte 11 Wochen.

Schwangerschaften	Tag, Monat und Jahr des Schwangerschaftsendes	Länger der Schwangerschaft (Wochen)	Ausgang				Stillen		
			Anzahl der		Fehlgeburt	Abbruch	ja	nein	Dauer inkl. Abpumpen (Monate)
			Lebendgeburt	Totgeburt					
<i>Beispiel:</i> 1	02.11.1994	38	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
2	12.02.1996	11	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8.3 Sind Sie momentan schwanger?

- Ja
 Nein

Falls ja, wann ist der errechnete Geburtstermin?

_____ TT MM JJJJ

8.4 Haben Sie jemals einen Arzt auf Grund von Fruchtbarkeitsproblemen aufgesucht?

- Ja
 Nein

8.5 Haben Sie jemals Medikamente genommen, die die Chance schwanger zu werden, erhöhen sollen?

- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 9.1*

8.6 Bitte füllen Sie für das jeweilige Medikament das Sie eingenommen oder die Behandlung die Sie bekommen haben die Fragen in der Tabelle aus.

- Haben Sie jemals dieses Medikament oder Verfahren erhalten?
- Wann haben Sie die Behandlung zum ersten Mal und wann zum letzten Mal erhalten?
- Wie oft haben Sie die Behandlung erhalten?
- *ICSI= Intracytoplasmic Sperm Injection, IUI= Intrauterine Insemination, IVF= In Vitro Fertilization, GIFT= Gamete Intrafallopian Transfer, ZIFT= Zygote Intrafallopian Transfer.*

Beispiel: Sie erhielten das Medikament „Clomid“ zweimal im Zeitraum von Mai 1995 bis August 1997.

Behandlung	Erhalten	Startdatum (MM/JJJJ)	Stopppdatum (MM/JJJJ)	Wie oft
<i>Beispiel: Clomid</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>05/1995</i>	<i>08/1997</i>	<i>2</i>
Clomid/ Clomiphene	<input type="checkbox"/>			
ICSI	<input type="checkbox"/>			
IUI	<input type="checkbox"/>			
IVF (inkl. GIFT, ZIFT)	<input type="checkbox"/>			
...	<input type="checkbox"/>			
...	<input type="checkbox"/>			
...	<input type="checkbox"/>			

9 Hormoneinnahme und Verhütungsmittel

9.1 Haben Sie jemals die Antibabypille genommen oder andere hormonelle, chemische oder mechanische Verhütungsmittel verwendet? Bitte geben Sie auch Minipille, Dreimonatsspritze, Stäbchen (z.B. Implanon®), Vaginalring (z.B. Nuvaring®), Hormonspirale (z.B. MIRENA®) und Pillen an, die nicht zur Empfängnisverhütung – z.B. wegen Menstruationsbeschwerden oder Akne – verschrieben wurden?

- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 9.4*

9.2 Bitte füllen Sie, für jedes Verhütungsmittel die Fragen in der Tabelle aus.

- Was war das erste Verhütungsmittel, welches Sie verwendet haben (z.B. „die Pille“, Spirale (IUD) oder andere)?
- Wann haben Sie damit gestartet und wann aufgehört?
- Haben Sie Verhütungsmittel für einen weiteren Zeitraum verwendet? Wenn ja, um welches Verhütungsmittel handelt es sich? (Bitte neue Zeile verwenden und bei "Alter bei Beginn" weiter ausfüllen)

Beispiel: 1. Im Alter von 18 bis 21 Jahren haben Sie "die Pille" eingenommen. 2. Im Alter von 22 bis 27 Jahren haben Sie mittels Hormonspirale verhütet.

Verhütungsmittel		Alter bei Beginn	Alter bei Ende
Zeitraum	Art des Hormonpräparates / Verhütungsmittels		
1	1	18	21
2	5	22	27
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Kodierung für Art des Hormonpräparates / Verhütungsmittels:

- 1 = Pille
 2 = Spritze (z.B. Dreimonatsspritze)
 3 = Stäbchen / Implantat (z.B. Implanon®)
 4 = Vaginalring (z.B. Nuvaring®)

- 5 = Hormonspirale (z.B. MIRENA®, Jaydess®)
 6 = Kupferspirale
 7 = IU-Pessar (z.B. Gynefix®)
 8 = Monitor (z.B. Persona®)
 9 = andere chemische Barrieremethode
 10 = Kondom
 11 = andere

9.2.1 Wie lange haben Sie insgesamt die Pille eingenommen?

_____ Monate

9.2.2 Haben Sie jemals die „Pille danach“ eingenommen?

- Ja, welche?
- Nein

9.2.3 Wie lange haben Sie insgesamt hormonelle Verhütungsmittel genutzt, z.B. Dreimonatsspritze, Vaginalring, Pflaster, Stäbchen, Cremes, Hormonspirale (IUD)?

_____ Monate

9.3 Benutzen Sie momentan hormonelle Verhütungsmittel?

- Ja
- Nein

9.4 Haben Sie jemals eine Tubenligatur (Sterilisation) durchführen lassen? Wenn ja, wann hat diese stattgefunden?

- Ja Datum _____ MM JJJJ
- Nein

9.5 Haben Sie jemals eine Hormonersatztherapie erhalten (HRT) z.B. zur Behandlung von Blutungsstörungen oder zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden?

- Ja
- Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 10.1*

- 9.6 Bitte füllen Sie, für jedes Medikament der Hormonersatztherapie (HRT), welches Sie eingenommen haben die Tabelle aus.
- Wann haben Sie das erste Mal und wann das letzte Mal das erste Medikament eingenommen?
 - Über welchen Zeitraum haben Sie die das erste Medikament eingenommen (in Monaten oder Jahren)?
 - Welche Art ist das Medikament der Hormonersatztherapie und welchen Namen hat es?
 - Haben Sie Medikamente der Hormonersatztherapie noch über einen anderen Zeitraum eingenommen? Wenn ja, wann haben Sie damit begonnen und wann aufgehört? (**Bitte neue Zeile verwenden und bei "Dauer" weiter ausfüllen**)

Beispiel: Sie haben Liviella als Tabletten im Alter von 45 bis 46 Jahren für insgesamt 10 Monate eingenommen.

Zeitraum	Alter Beginn	Alter Ende	Dauer in		Art der HRT (z.B. Tabletten, Spritze, Gel, Creme)	Name der HRT
			Monaten	Jahren		
<i>Beispiel:</i>						
1	45	46	10		Tabletten	Liviella
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

- 9.7 Nehmen Sie momentan Hormone zur Hormonersatztherapie ein (HRT)?
- Ja
 Nein

10 Röntgen

- 10.1 Hatten Sie jemals eine Mammographie?
- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 10.3*

- 10.1.1 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Mammographie?

____ Jahren

- 10.1.2 In welchem Alter haben Sie mit einer regulären Brustkrebsvorsorge durch Mammographie begonnen? (*dies ist eventuell das gleiche Alter, wie bei 10.1.1*)

____ Jahren

- Ich hatte noch keine regelmäßige Vorsorgeuntersuchung

10.1.3 In welchem Alter hatten Sie die letzte Mammographie?

_____ Jahren

10.2 Wie viele Mammographien hatten Sie insgesamt?

_____ (Anzahl Besuche)

10.2.1 Wenn Sie an Brustkrebs erkrankt waren, wie viele Mammographien hatten Sie bevor die Diagnose gestellt wurde?

_____ Mammographien

10.2.2 Können Sie die ungefähre Anzahl der Mammographien in den folgenden Altersabschnitten angeben??

Vor dem Alter von 20 _____

Zwischen 20 und 30 _____

Nach dem Alter von 30 _____

10.3 Haben Sie jemals andere diagnostische Untersuchung der Brust/ Schulter erhalten? (z.B. Röntgen, Computertomogramm (CT), Durchleuchtung)?

- Ja
 Nein Wenn nein, weiter bei Frage 11.1

10.4 Bitte füllen Sie, für jede diagnostische Untersuchung die Tabelle aus.

- Haben Sie jemals ein Röntgen, CT, Durchleuchtung der Brust/ Schulter, erhalten?
- In welchem Alter wurde die erste diagnostische Untersuchung durchgeführt?
- Wie viele vor dem Alter von 20 Jahren?
- Wie viele zwischen 20 und 30 Jahren?
- Wie viele nach dem Alter von 30 Jahren?

Beispiel: Sie haben im Alter von 24 Jahren erstmalig eine Röntgen-Untersuchung des Brustkorbes erhalten, im Alter von 20 bis 29 Jahren wurde diese Untersuchung noch 2mal und im Alter von 30 bis 39 noch einmal durchgeführt.

Art der Untersuchung	Jemals eine Untersuchung gehabt		Alter bei erster Untersuchung	Anzahl vor dem Alter von 20 Jahren	Anzahl im Alter zwischen 20-29 Jahren	Anzahl im Alter zwischen 30-39 Jahren
	ja	nein				
<i>Beispiel: Röntgen Brust/ Schulter</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	0	2	1
Röntgen Thorax/Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Brust/Schulter CT-Scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Durchleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

11 Erkrankungsgeschichte

11.1 Hatten Sie jemals Krebserkrankungen?

- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 11.3*

11.2 Bitte füllen Sie, für die aufgeführten Organe die Fragen aus.

- Wurde in diesem speziellen Organ schon einmal Krebs diagnostiziert?
- Wenn ja, in welchem Alter wurde der Krebs zum ersten Mal diagnostiziert?
- Wie wurde der Krebs erkannt, durch ein Screening oder durch Klinische Symptome?
- Welche Behandlung wurde bei Ihnen durchgeführt, Chemotherapie und/ oder Strahlentherapie (*Frage nach der Operation und der Hormontherapie folgen später?*)

Beispiel: Im Alter von 42 Jahren wurde ein Tumor der linken Brust diagnostiziert. Dieser wurde durch eine Routine-Untersuchung festgestellt und mittels Chemo- und Strahlentherapie behandelt.

Organ/ Seite	Krebsdiagnose		Alter bei Diagnose	Diagnoseanlass		Behandlung <i>(kreuzen Sie bitte alles zutreffende an)</i>			
	ja	nein		Routine beim Screening	Klinische Symptome	Chemo-therapie	Antikörper-therapie	Strahlen-therapie	Anti-hormon-therapie
<i>Beispiel: Linke Brust</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechte Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linke Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechter Eierstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linker Eierstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.3 Haben Sie sich jemals einer Biopsie unterzogen? (*Entnahme einer kleinen Probe des Brustgewebes*)

- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 11.4*

11.3.1 *Wenn ja*, wie viele hatten ein gutartiges und ein bösartiges Ergebnis?

_____ *Biopsien mit einem gutartigen (nicht-bösartig) Ergebnis*

_____ *Biopsien mit einem bösartigen (Tumor) Ergebnis*

11.3.2 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Biopsie?

_____ *Jahren*

11.4 Hatten Sie jemals eine Operation an der Brust, den Eierstöcken oder der Gebärmutter?

- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 12.1*

12.3 Haben Sie eine andere antihormonelle Behandlung für Ihre Brustkrebserkrankung erhalten?

- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 12.5*

12.4 Bitte geben Sie den Zeitraum für jedes Präparat zur antihormonellen Therapie an.

- Die Art des Präparats z.B. Aromatasehemmer wie Anastrozol (z.B. Arimidex®), Exemestan, (z.B. Aromasin®), Letrozol, (z.B. Femara®), wenn unbekannt: kreuzen Sie bitte „unbekannt“ an)
- Das Datum an dem Sie die Einnahme begonnen und beendet haben.

Beispiel: Sie haben Aromatasehemmer von März 1999 bis Februar 2000 verwendet.

Zeitraum	Tamoxifen	Aromatasehemmer	Art unbekannt	Datum Beginn (MM/JJJJ)	Datum Ende (MM/JJJJ)
<i>Beispiel:</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>03/1999</i>	<i>02/2000</i>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

12.5 Haben Sie jemals eine Behandlung (mit Antibiotika) zur Therapie einer Eileiterentzündung (Adnexitis) erhalten?

- Ja, zum ersten Mal im Alter von , Anzahl (Lebensdauer):
 Nein

12.6 Haben Sie jemals eine Behandlung (Antibiotika) gegen eine Chlamydien-Infektion bekommen (*Chlamydien sind Bakterien, die Unterleibsinfektionen von Harnblase, Gebärmutter und Eileiter verursachen und zu Unfruchtbarkeit oder vorzeitiger Wehentätigkeit führen können*)?

- Ja, zum ersten Mal im Alter von , Anzahl (Lebensdauer):
 Nein

12.7 Wurde jemals bei Ihnen eine Endometriose diagnostiziert (*Gebärmutter Schleimhaut kann außerhalb der Gebärmutter im Bauchraum auftreten*)?

- Ja, zum ersten Mal im Alter von
 Nein

12.8 Haben Sie schon einmal eins der in der nachfolgend aufgeführten Tabelle, oder andere Medikamente **täglich für mehr als ein Jahr** eingenommen?

- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 12.10*

12.9 Bitte füllen Sie für jedes Medikament / Medikamentengruppe eine Zeile in der Tabelle aus.

- Haben Sie das aufgeführte Medikament eingenommen (ja oder nein)?
- In welchem Alter haben Sie mit der Einnahme begonnen und aufgehört (*Falls Sie dieses Medikament noch einnehmen, geben Sie bitte Ihr aktuelles Alter an*)?
- Wie lautet der Name des Medikaments?
- Was war die Tagesdosis (mg/Tag) des Medikaments, welches die genommen haben?

Beispiel: Im Alter von 35 bis 40 Jahren haben Sie täglich 800 mg Ibuprofen (nicht steroidales Antiphlogistikum) eingenommen.

Zeit- raum	Medikamentengruppe	Einnahme ja	Einnahme nein	Alter bei Beginn	Alter bei Ende	Name des Medikaments	Dosis (mg/Tag)
<i>Beispiel:</i>	<i>nicht steroidale Antiphlogistika</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>35</i>	<i>40</i>	<i>Ibuprofen</i>	<i>800</i>
1	Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2	Metformin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	andere orale Antidiabetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	nicht steroidale Antiphlogistika (z.B. Ibuprofen®, Naproxen®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	Kalziumkanalblocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	Blutdruckmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	Lipidsenker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	Nahrungsergänzungsmittel (z.B. OMEGA-FS®, Selen, Vitamin D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	Bisphosphonate (z.B. Ostac®, Ibandronat®, Zometa®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12							
13							
14							
15							

12.10 Leiden oder haben Sie jemals an einer Erkrankung, die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt ist, oder an einer anderen schweren Erkrankung, gelitten?

- Ja
 Nein *Wenn nein, weiter bei Frage 12.12*

- 12.11 Bitte füllen Sie für jede Erkrankung eine Zeile in der Tabelle aus.
- Sind oder waren Sie an der aufgeführten Krankheit erkrankt (ja oder nein)?
 - Geben Sie das Alter der Ersterkrankung an.
 - Sind oder waren Sie an einer anderen schweren Krankheit erkrankt?

Beispiel: Im Alter von 40 Jahren sind Sie an Diabetes erkrankt.

Zeitraum	Name der Erkrankung	Erkrankt ja	Erkrankt nein	Alter bei Ersterkrankung
<i>Beispiel:</i>	<i>Diabetes</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>40</i>
1	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Infektionserkrankungen (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Chronische entzündliche Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Rheuma / rheumatische Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Parodontose / Parodontitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Chronische Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Hypertonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Malabsorptionsstörungen (z.B. Kurzdarmsyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Pankreaserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15				
16				
17				
18				

12.12 Verwenden Sie regelmäßig Talkumpuder im oder in der Nähe Ihres Genitalbereiches?

- Ja
 Nein

12.12.1 Falls ja, wie oft?

_____ Mal die Woche

12.12.2 In welchem Alter haben Sie mit dieser Gewohnheit begonnen?

_____ Jahren

12.13 Lassen Sie regelmäßig beim Zahnarzt einen Zahncheck durchführen?

- Ja
 Nein

Falls ja, wann war die letzte Untersuchung?

_____ TT MM JJJJ

13 Nacharbeit

13.1 Hatten Sie jemals eine Arbeitsstelle, die regelmäßig Nachtdienste, erforderte (z.B. Krankenschwester, Kellner/in, Gebäudereinigung)? *(zwischen 22:00 Uhr und 07:00 Uhr)*

- Ja
 Nein

13.2 *Falls ja, bitte füllen Sie die folgende Tabelle aus:*

Beispiel: Eine Krankenschwester arbeitet 3 Tage von 6.00Uhr bis 14.00 Uhr, gefolgt von 3 Tagen von 14:00Uhr bis 22:00 Uhr und 2 Tagen von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr. Danach hatte Sie 2 Tage frei.

<i>Die erste Zeile der Tabelle zeigt, wie dieses Beispiel einzutragen ist.</i>	<i>Datum Beginn</i>	<i>Datum Ende</i>	<i>Anzahl der Tage pro Schichtblock mit Nacharbeit (22:00-07:00Uhr)</i>	<i>Anzahl der Schichtblöcke pro Monat</i>	<i>Durchschnitt. Anzahl der Arbeitsstunden zwischen 22:00-07:00Uhr</i>
<i>Beispiel: Krankenschwester</i>	<i>07/05/1980</i>	<i>12/04/1991</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>8</i>

14 Familienanamnese zu sonstigen Erkrankungen

14.1 Leidet oder litt Ihre Mutter an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung?

- Ja
 Nein
 Unbekannt

14.2 Leidet oder litt Ihre Mutter an Bluthochdruck?

- Ja
 Nein
 Unbekannt

- 14.3 Hatte Ihre Mutter einen Herzinfarkt?
 Ja
 Nein
 Unbekannt
- 14.4 Leidet oder litt Ihre Mutter an Diabetes?
 Ja
 Nein
 Unbekannt
- 14.5 Leidet oder litt Ihr Vater an einer Herz-Kreislaufkrankung?
 Ja
 Nein
 Unbekannt
- 14.6 Leidet oder litt Ihr Vater an Bluthochdruck?
 Ja
 Nein
 Unbekannt
- 14.7 Hatte Ihr Vater einen Herzinfarkt?
 Ja
 Nein
 Unbekannt
- 14.8 Leidet oder litt Ihr Vater an Diabetes?
 Ja
 Nein
 Unbekannt

Vielen Dank für die Mühe und Zeit, die Sie sich für die Beantwortung der Fragen genommen haben!