

Ausgefüllt am: _____

Fragebogen für Ratsuchende aus Risikofamilien für Brust- und Eierstockkrebs

Sehr geehrte Ratsuchende,
zur vollständigen Erfassung Ihrer Daten im Rahmen der Risikokalkulation bitten wir Sie herzlich, die folgenden Angaben zu ergänzen:

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Geburtsort	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Beruf/Ausbildung	

I. ANGABE ZU BETREUENDEN ÄRZTEN (Name/Adresse/Telefon)

I.1 Aktueller Hausarzt

I.2 Aktueller Frauenarzt

I.3 Waren Sie oder ein anderes Familienmitglied bereits an einem anderen Zentrum „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ in Betreuung?

☐ Nein ☐ Ja, ich selbst ☐ Ja, Familienmitglied: _____

Wenn ja, in welchem Zentrum? _____

II. ANGABE ZUR KRANKENGESCHICHTE

II.1 Haben Sie bekannte Vorerkrankungen

(z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes/Zuckerkrankheit, Rheuma oder anderes)?

Wenn ja, seit wann?

II.2 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein

☐ Ja

II.2.1 Wenn ja, welche und in welcher Dosis?

Medikament: _____ seit _____ aktuelle Dosis: _____

Medikament: _____ seit _____ aktuelle Dosis: _____

Medikament: _____ seit _____ aktuelle Dosis: _____

Medikament: _____ seit _____ aktuelle Dosis: _____

Medikament: _____ seit _____ aktuelle Dosis: _____

II.3 Wurden Sie schon einmal operiert?

☐ Nein

☐ Ja

II.3.1 Wenn ja, welche Operation und wann?

_____	wann: _____
_____	wann: _____
_____	wann: _____

II.4 Hatten oder haben Sie eine psychiatrische/psychische Erkrankung?

☐ Nein

☐ Ja, welche: _____

II.5 Sind oder waren Sie in psychiatrischer/psychologischer Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja, wie lange bzw. seit wann: _____

II.6 Wurde bei Ihnen Endometriose diagnostiziert?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Unbekannt

II.7 Haben Sie sich sterilisieren lassen (Tubenligatur)?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Unbekannt

III. ANGABEN ZU TUMORERKRANKUNGEN

III.1 Wurde bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung diagnostiziert?

Brustkrebs links:	☐ Nein	☐ Ja, Alter: _____
Brustkrebs rechts:	☐ Nein	☐ Ja, Alter: _____
Eierstockkrebs:	☐ Nein	☐ Ja, Alter: _____
Bauchspeicheldrüsenkrebs:	☐ Nein	☐ Ja, Alter: _____
Darmkrebs:	☐ Nein	☐ Ja, Alter: _____
Andere Tumorerkrankung: _____	☐ Nein	☐ Ja, Alter: _____

Wenn ja, welche Behandlung hatten Sie?

Handelt es sich um eine alleinige DCIS Erkrankung ☐ Nein ☐ Ja
Handelt es sich um einen alleinigen Borderline-Tumor ☐ Nein ☐ Ja

IV. ANGABEN ZU OPERATIONEN

IV.1 Wurde bei Ihnen eine der folgenden Operationen durchgeführt?

Entfernung der Eileiter	☐ einseitig	☐ beidseitig	☐ nein
Entfernung der Eierstöcke	☐ einseitig	☐ beidseitig	☐ nein
Entfernung der Brust/Brüste (Mastektomie)	☐ einseitig	☐ beidseitig	☐ nein
Entfernung der Gebärmutter		☐ ja	☐ nein

V. ANGABEN ZUR BRUSTKREBSFRÜHERKENNUNG

V.1 Ist bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen der Brust durchgeführt worden?

Sofern eine dieser Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt wurde, bringen Sie bitte unbedingt jeweils den letzten Befund mit. Bitte keine CDs beifügen!

Durchgeführte Untersuchung	Wie oft / in welchem Rhythmus?	Zuletzt am (MM/JJJJ)
☐ Mammographie	_____	_____/____
☐ Ultraschall	_____	_____/____
☐ MRT (Kernspintomographie)	_____	_____/____
☐ Nein, keine davon		

Bitte nicht ausfüllen – wird vom Arzt ergänzt:

☐ BI-RADS Typ a / ACR 1	☐ BI-RADS Typ c / ACR 3
☐ BI-RADS Typ b / ACR 2	☐ BI-RADS Typ d / ACR 4

VI. FRAUENGESUNDHEIT (WOMANS HEALTH)

VI.1 Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung? _____ Jahre

VI.2 Haben Sie jemals ein orales Kontrazeptivum („Antibabypille“) eingenommen?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Unbekannt

VI.2.1 Wenn ja, wie viele Jahre insgesamt?

☐ Weniger als 1 Jahr ☐ 10-14 Jahre
☐ 1-4 Jahre ☐ 15 Jahre oder länger
☐ 5-9 Jahre

VI.2.2 Haben Sie ein orales Kontrazeptivum („Antibabypille“) in den letzten 2 Jahren eingenommen?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Unbekannt

VI.3 Hat Ihre Periode vollständig aufgehört?

Das heißt, Sie hatten in den letzten 6 Monaten keine Periode und sind weder schwanger noch nehmen Sie irgendein Verhütungsmittel ein.

☐ Nein ☐ Ja ☐ Unbekannt

VI.3.1 Wenn ja, wie alt waren Sie, als Ihre Regelblutung vollständig ausblieb?

☐ Jünger als 40 Jahre ☐ Zwischen 50 und 54 Jahre
☐ Zwischen 40 und 44 Jahre ☐ Älter als 54 Jahre
☐ Zwischen 45 und 49 Jahre

VI.4 Haben Sie jemals eine Hormonersatztherapie in den Wechseljahren erhalten?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Unbekannt

VI.4.1 Wenn ja, wie viele Jahre haben Sie Hormonersatzpräparate eingenommen?
_____ Jahre

VI.4.2 Haben Sie in den letzten 5 Jahren Hormonersatzpräparate eingenommen?

☐ Nein ☐ Ja

VI.4.3 Sofern bekannt, geben Sie bitte nachfolgend an, zu welcher Art der Hormonersatztherapie Ihr Präparat zählt:

☐ Alleinige Östrogentherapie (Monotherapie)
☐ Kombinierte Therapie aus Östrogenen und Gestagenen
☐ Andere Hormonersatztherapie
☐ Unbekannt/Weiß ich nicht

VII. ANGABEN ZUM LEBENSSTIL

VII.1 Wie groß sind Sie? _____ cm

VII.2 Wieviel wiegen Sie zurzeit? _____ kg

VII.3 Wie viel haben Sie im Alter von 20 Jahren gewogen? _____ kg

VII.4 Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja

VII.4.1 Wenn ja, welche alkoholischen Getränke trinken Sie durchschnittlich, wie oft und wie viele?

<u>Welche(s) Getränk(e)?</u>	<u>Menge</u>	<u>Häufigkeit</u>		
Glas Wein (175 ml)	_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich
Glas Bier/Apfelwein (500 ml)	_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich
Flasche Bier (330 ml)	_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich
Alkoholisches Pop-Getränk (275 ml)	_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich
Hochprozentiges (25 ml) wie Gin/Rum/Wodka	_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich

VII.5 An wie vielen Tagen einer normalen Woche im letzten Jahr waren Sie für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

_____ Tage

VII.6 Waren Sie im Jugendalter aktiver oder weniger aktiv im Vergleich zu Ihrem aktuellen Aktivitätslevel?

☐ aktiver ☐ gleich aktiv ☐ weniger aktiv

VII.7 Haben Sie jemals geraucht?

☐ Nein ☐ Ja

VII.8 Rauchen Sie derzeit?

☐ Nein ☐ Ja

VIII. ANGABEN ZU Kindern

Jahrgang: _____ w m	Jahrgang: _____ w m
Jahrgang: _____ w m	Jahrgang: _____ w m
Jahrgang: _____ w m	Jahrgang: _____ w m

IX. ANGABEN ZU KLINISCHEN STUDIEN

IX.1 Haben Sie an einer klinischen Studie teilgenommen?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Unbekannt

Falls „ja“, bitte den Studiennamen (wenn bekannt) angeben

X. Sonstiges

Wenn Sie sonstige, Ihnen wichtig erscheinende Fragen nicht in unserem Fragebogen gefunden haben, bitten wir Sie, diese Informationen im Folgenden zu notieren.
