

Persönliche Daten			
Nachname:			
Vorname:			
Geburtsname:			
Geburtsdatum:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Straße:			
PLZ/Ort:			
Land:			
Telefon privat:			
Email:			
Medizinische Kontaktdaten			
Hausarzt/-ärztin:			
Anschrift, Telefon			
Frauenarzt/-ärztin:			
Anschrift, Telefon			
Allgemeine Angaben			
Aktuelle Größe (in cm):			
Aktuelles Gewicht (kg):			
Angaben zu Tumorerkrankungen			
Wurde bei Ihnen bereits eine Krebserkrankung diagnostiziert?			
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> einseitig Alter bei Ersterkrankung: _____	<input type="checkbox"/> beidseitig Alter bei Ersterkrankung: _____	<input type="checkbox"/> nein
Eierstockkrebs	<input type="checkbox"/> ja Alter bei Ersterkrankung: _____		<input type="checkbox"/> nein
Bauchspeicheldrüsenkrebs	<input type="checkbox"/> ja Alter bei Ersterkrankung: _____ _____		<input type="checkbox"/> nein

Angaben zu prophylaktischen Operationen			
Wurden bei Ihnen vorbeugende (prophylaktische) Operationen an Brust, Eierstöcken Eileiter, oder Gebärmutter durchgeführt?	o ja	o nein	o unbekannt
<i>Falls vorbeugende (prophylaktische) Operationen durchgeführt wurden, bitten wir Sie um genauere Angaben:</i>			
Entfernung Rechte Brust	o ja	o nein	o unbekannt
<i>falls „ja“, Datum der Operation:</i>	___ . __. ____ (TT.MM.JJJJ)		
Entfernung Linke Brust	o ja	o nein	o unbekannt
<i>falls „ja“, Datum der Operation:</i>	___ . __. ____ (TT.MM.JJJJ)		
Entfernung beider Eierstöcke	o ja	o nein	o unbekannt
<i>falls „ja“, Datum der Operation:</i>	___ . __. ____ (TT.MM.JJJJ)		
Entfernung beider Eileiter	o ja	o nein	o unbekannt
<i>falls „ja“, Datum der Operation:</i>	___ . __. ____ (TT.MM.JJJJ)		
Entfernung Gebärmutter	o ja	o nein	o unbekannt
<i>falls „ja“, Datum der Operation:</i>	___ . __. ____ (TT.MM.JJJJ)		
Weitere Angaben zur Anamnese			
Wurde bei Ihnen Endometriose diagnostiziert?	o ja	o nein	o unbekannt
Wurde bei Ihnen eine Sterilisation (Abbinden der Eileiter) durchgeführt?	o ja	o nein	o unbekannt
Angaben zur Brustkrebsfrüherkennung			
Wurde bei Ihnen je eine Mammographie durchgeführt?	o ja	o nein	o unbekannt

Angaben zu medikamentöser Prävention			
Wurde bei Ihnen eine medikamentöse Prävention (antihormonelle Therapie) durchgeführt?	o ja	o nein	o unbekannt
<i>falls „ja“: Angabe des Wirkstoffes (z.B. Tamoxifen)</i>	Wirkstoff: _____		
Angaben zu klinischen Studien			
Haben Sie an einer klinischen Studie teilgenommen?	o ja	o nein	o unbekannt
<i>falls „ja“: bitte den Studiennamen (wenn bekannt) angeben</i>	Studie: _____		
Lebensstil			
Trinken Sie Alkohol?	o ja	o nein	o unbekannt
Wie viel Bier, Wein, Alkoholhaltige Mischgetränke oder Schnaps trinken Sie durchschnittlich (Häufigkeit + Menge)?			
Wein/Sekt (Glas; 175 ml)	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich		Menge (Gläser): _____
Bier (Flasche; 500 ml)	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich		Menge (Flaschen): _____
Bier (Flasche; 330 ml)	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich		Menge (Flaschen): _____
Alkoholhaltige Mischgetränke („Alkopops“, 250 ml)	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich		Menge (Flaschen): _____
Schnaps („Shot“; 25 ml)	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich		Menge („Shots“): _____

Frauengesundheit (Women's Health)				
Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?		... Jahre		
Hat Ihre Periode vollständig aufgehört? <i>Dies ist der Fall, wenn mindestens 6 Monate die Regelblutung ausgeblieben ist und Sie weder schwanger sind, noch eine hormonelle Empfängnisverhütung verwendet haben.</i>		o ja	o nein	o unbekannt oder nicht beurteilbar, (z.B. Gebärmutterentfernung, Spirale etc.)
Wie alt waren Sie, als Ihre Regelblutung sich vollständig einstellte?				
O jünger als 40 Jahre	O zwischen 40-44 Jahren	O zwischen 45 - 49 Jahren	O zwischen 50 - 54 Jahren	O älter als 54 Jahre
Haben Sie jemals ein orales Verhütungsmittel (Kontrazeptivum; Antibabypille) verwendet?		o ja	o nein	o unbekannt
Falls „ja“, wie viele Jahre insgesamt?				
O weniger als 1 Jahr	O 1-4 Jahre	O 5-9 Jahre	O 10-14 Jahre	O 15 oder mehr Jahre
Haben Sie die Antibabypille in den letzten beiden Jahren eingenommen?		o ja		o nein
Haben Sie eine Hormonersatztherapie (HRT) verwendet?		o ja	o nein	o unbekannt
Falls „ja“, wie viele Jahre insgesamt?		_____ Jahre		
Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren einer Hormonersatztherapie (HRT) unterzogen?		o ja		o nein
Wie lautet die Bezeichnung der Hormonpräparate der Hormonersatztherapie, der Sie sich unterzogen haben?				
O alleinige Östrogen-therapie (Monotherapie)	O Kombinationstherapie (Östrogen/Gestagen)		O Andere HRT	

Gesundheitsfragen				
Wie oft fühlen Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Skala zur Erfassung von Erkrankungssorgen für die genetische Beratung				
<i>Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Ihre Sorgen bezüglich einer möglichen Krebserkrankung beziehen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, welche Antwort am ehesten auf Sie zutrifft.</i>				
1. Wie besorgt sind Sie über die Möglichkeit, eines Tages an Krebs zu erkranken?				
<input type="checkbox"/> Gar nicht (0)	<input type="checkbox"/> Wenig (1)	<input type="checkbox"/> Mittel (2)	<input type="checkbox"/> Ziemlich (3)	<input type="checkbox"/> Sehr (4)
2. Wie sehr beeinflusst diese Sorge ihre Stimmung?				
<input type="checkbox"/> Gar nicht (0)	<input type="checkbox"/> Wenig (1)	<input type="checkbox"/> Mittel (2)	<input type="checkbox"/> Ziemlich (3)	<input type="checkbox"/> Sehr (4)
3. Wie sehr beeinträchtigt diese Sorge Sie in Ihrem Alltag?				
<input type="checkbox"/> Gar nicht (0)	<input type="checkbox"/> Wenig (1)	<input type="checkbox"/> Mittel (2)	<input type="checkbox"/> Ziemlich (3)	<input type="checkbox"/> Sehr (4)
4. Wie sehr sorgen Sie sich um Ergebnisse zukünftiger Vorsorgeuntersuchungen?				
<input type="checkbox"/> Gar nicht (0)	<input type="checkbox"/> Wenig (1)	<input type="checkbox"/> Mittel (2)	<input type="checkbox"/> Ziemlich (3)	<input type="checkbox"/> Sehr (4)
5. Wie häufig machen Sie sich Sorgen, an Krebs zu erkranken?				
<input type="checkbox"/> Nie (0)	<input type="checkbox"/> Selten (1)	<input type="checkbox"/> Manchmal (2)	<input type="checkbox"/> Häufig (3)	<input type="checkbox"/> Sehr häufig (4)