

Patientenfragebogen



Hier finden Sie uns:

Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Gynäkologische Tumorgenetik
Ismaninger Straße 22
81675 München
Telefon: 089 4140-6751 oder 7406
E-mail: turi@mri.tum.de
www.mri.tum.de

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde

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	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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: _____

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: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Alter: _____ |
| Brustkrebs rechts: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Alter: _____ |
| Eierstockkrebs: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Alter: _____ |
| Bauchspeicheldrüsenkrebs: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Alter: _____ |
| Darmkrebs: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Alter: _____ |
| Andere Tumorerkrankung: _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> einseitig | <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung der Eierstöcke | <input type="checkbox"/> einseitig | <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung der Brust/Brüste (Mastektomie) | <input type="checkbox"/> einseitig | <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung der Gebärmutter | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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) |
|--|--------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammographie | _____ | _____/____/_____ |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall | _____ | _____/____/_____ |
| <input type="checkbox"/> MRT (Kernspintomographie) | _____ | _____/____/_____ |
| <input type="checkbox"/> Nein, keine davon | | |

Bitte nicht ausfüllen – wird vom Arzt ergänzt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BI-RADS Typ a / ACR 1 | <input type="checkbox"/> BI-RADS Typ c / ACR 3 |
| <input type="checkbox"/> BI-RADS Typ b / ACR 2 | <input type="checkbox"/> 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)	_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich
Glas Bier/Apfelwein (500 ml)	_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich
Flasche Bier (330 ml)	_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich
Alkoholisches Pop-Getränk (275 ml)	_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich
Hochprozentiges (25 ml) wie Gin/Rum/Wodka	_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> 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

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.
