

28.08.24

Optimales Langzeitüberleben bei Krebs

herzlichen Dank für Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Befragungsstudie OPTILATER, mit der Sie einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Krebspatient*innen in Deutschland leisten.

Beigefügt erhalten Sie das Fragebogenpaket. Sie können die Beantwortung der Befragung jederzeit pausieren und zu einem anderen Zeitpunkt fortführen.

Bitte beachten Sie: Sofern bei Ihnen mehr als eine Tumordiagnose vorliegt, beziehen Sie die Befragung ausschließlich auf Ihren Primärtumor.

Für die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens verwenden Sie bitte den vorfrankierten Umschlag. Falls Sie den Fragebogen online ausfüllen möchten, nutzen Sie bitte den beigefügten QR-Code, indem Sie diesen mithilfe Ihres Smartphones oder Tablets scannen.

Alternativ können Sie unter <https://optilater.psm-essen.de> Ihren individuellen Code eingeben.

Für Rückfragen dürfen Sie uns gerne zu unseren Sprechzeiten (Freitags: 9 - 12 Uhr) unter dieser Telefonnummer kontaktieren: **0201 438755-210** oder schreiben Sie uns eine E-Mail: **OPTILATER.Essen@lvr.de**

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter: <https://wtz.nrw/optilater>

Wir bedanken uns herzlich im Voraus für Ihre wohlwollende Unterstützung.



Ihr individueller Code: DT9613

Sozioökonomischer Fragebogen

1 Machen Sie bitte folgende Angaben zu Ihrer Person.

Alter:

Jahre

2 Körpergröße:

in cm

3 Gewicht:

kg

4 Geschlecht:

1 weiblich

2 männlich

5 Aktueller Familienstand (Mehrfachantworten möglich)

1 ledig

2 verheiratet

3 in Partnerschaft lebend (gleicher Haushalt)

4 in Partnerschaft lebend (getrennter Haushalt)

5 verwitwet

6 Höchster erreichter Bildungsgrad

1 Schüler/in, Besuch einer allgemeinbildenden Schule

2 Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss

3 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)

4 Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss

5 Fachhochschulreife

6 Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife

7 Einen anderen Schulabschluss

7 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?

1

Noch in beruflicher Ausbildung (Berufsvorbereitungsjahr, Auszubildende/r, Praktikant/in, Student/in)

2

Schüler/in und Besuch einer berufsorientierten Aufbau-, Fachschule oder ähnliches

3

Keinen Berufsabschluss und nicht in beruflicher Ausbildung

4

Abschluss einer beruflichen-betrieblichen Ausbildung

5

Abschluss einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie oder Fachakademie

6

Bachelor

7

Master/ Magister/ Diplom/ Staatsexamen

8

Promotion

9

Ein anderer beruflicher Abschluss

Wenn "Ein anderer beruflicher Abschluss", und zwar::

8 Erwerbsstatus

1

Erwerbstätig, einschließlich unbezahlter Arbeit als mithelfender Familienangehöriger in einem gewerblichen oder landwirtschaftlichen Familienunternehmen, Berufsausbildung, bezahltes Firmenpraktikum

2

Arbeitslos

3

Schüler/in, Student/in, Teilnehmende/r an einer Fortbildungsmaßnahme, unbezahltes Praktikum

4

Im Ruhestand oder Vorruhestand, oder selbstständige Erwerbstätigkeit

5

Dauerhaft behindert und/oder Erwerbsunfähigkeit

6

Freiwilligendienst oder soziales Jahr

7

Hausfrau/ -mann

9 Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit

1

Vollzeit

2

Teilzeit

3

Nicht zutreffend

10 Zahl der im Haushalt lebenden Personen (einschließlich der Auskunftsperson)

Person(en)

11

Monatliches Gesamtnettoeinkommen des Haushalts (freiwillige Angabe)

1

< 1000 Euro

2

1000 Euro - 2000 Euro

3

2000 Euro - 3000 Euro

4

3000 Euro - 4000 Euro

5

4000 Euro - 5000 Euro

6

5000 Euro - 6000 Euro

7

6000 Euro - 7000 Euro

8

7000 Euro - 8000 Euro

9

> 8000 Euro

Migration/Herkunft

1 Welche Staatsbürgerschaft(en) haben Sie?

2 Welche Staatsbürgerschaft(en) hatten Sie bei Geburt?

Welche Staatsbürgerschaft(en) haben Ihre Eltern jeweils?

3 Mutter

4 Vater

5 In welchem Land wurden Sie geboren?

In welchem Land wurden Ihre Eltern jeweils geboren?

6 Mutter

7 Vater

8 Falls Sie selbst nach Deutschland eingewandert sind, in welchem Jahr?

Falls Ihre Eltern nach Deutschland zugezogen sind, in welchem Jahr jeweils?

9 Mutter

10 Vater

Welchen höchsten Schulabschluss haben Ihre Eltern jeweils?

11 Mutter

1

kein Schulabschluss

2

Hauptschulabschluss

3

Realschulabschluss

4

Abitur (Allgemeine Hochschulreife)

12 Vater

1

kein Schulabschluss

2

Hauptschulabschluss

3

Realschulabschluss

4

Abitur (Allgemeine Hochschulreife)

13 Falls Sie einer Religion zugehören, bitte nennen Sie welcher (freiwillige Angabe):

EQ-5D-5L Lebensqualitätsfragebogen

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

1 Beweglichkeit / Mobilität

- ☐ 1 Ich habe keine Probleme herumzugehen
- ☐ 2 Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- ☐ 3 Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- ☐ 4 Ich habe große Probleme herumzugehen
- ☐ 5 Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

2 Für sich selbst sorgen

- ☐ 1 Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- ☐ 2 Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- ☐ 3 Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- ☐ 4 Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- ☐ 5 Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

3 Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- ☐ 1 Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ☐ 2 Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ☐ 3 Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ☐ 4 Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ☐ 5 Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

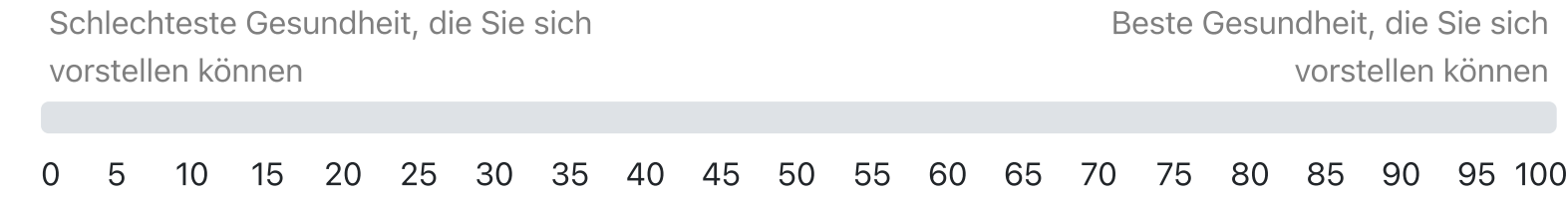
4 Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- ☐ 1 Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ 2 Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ 3 Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ 4 Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ 5 Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

5 Angst / Niedergeschlagenheit

- ☐ 1 Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- ☐ 2 Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- ☐ 3 Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- ☐ 4 Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- ☐ 5 Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

6 Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.



7 Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

PROMIS

PROMIS - Kognitive Funktionen

Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. Aussage, indem Sie pro Reihe ein Kästchen auswählen.

In den letzten 7 Tagen:

1 Ich war langsam beim Denken.

1

Nie

2

Selten (einmal)

3

Manchmal (zwei- oder dreimal)

4

Oft (ungefähr einmal täglich)

5

Sehr oft (mehrmals täglich)

2 Es kam mir so vor, als ob mein Gehirn nicht so gut wie sonst funktionierte.

1

Nie

2

Selten (einmal)

3

Manchmal (zwei- oder dreimal)

4

Oft (ungefähr einmal täglich)

5

Sehr oft (mehrmals täglich)

3 Ich musste mir größere Mühe geben als sonst, um den Überblick über das zu bewahren, womit ich gerade beschäftigt war.

1

Nie

2

Selten (einmal)

3

Manchmal (zwei- oder dreimal)

4

Oft (ungefähr einmal täglich)

5

Sehr oft (mehrmals täglich)

4 Ich hatte Schwierigkeiten, zwischen verschiedenen Aktivitäten, die ein gewisses Nachdenken erfordern, hin und her zu wechseln.

1

Nie

2

Selten (einmal)

3

Manchmal (zwei- oder dreimal)

4

Oft (ungefähr einmal täglich)

5

Sehr oft (mehrmals täglich)

PROMIS Emotionale Belastung - Depressivität

Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. Aussage, indem Sie pro Reihe ein Kästchen auswählen.

In den letzten 7 Tagen:

5 Ich fühlte mich wertlos.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

6 Ich fühlte mich hilflos.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

7 Ich fühlte mich niedergeschlagen.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

8 Ich fühlte mich hoffnungslos.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

PROMIS Emotionale Belastung - Angst

Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. Aussage, indem Sie pro Reihe ein Kästchen auswählen.

In den letzten 7 Tagen:

9 Ich fürchtete mich.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

10 Ich fand es schwer, auf etwas anderes zu achten als auf meine Angst.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

11 Meine Sorgen haben mich überwältigt.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

12 Ich fühlte mich unruhig.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

PROMIS - Informationsunterstützung

Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. Aussage, indem Sie pro Reihe ein Kästchen auswählen.

In den letzten 7 Tagen

13 Ich habe jemanden, der mir in einer Krise gute Ratschläge gibt, falls ich sie brauche.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

14 Ich habe jemanden, an den ich mich für Vorschläge wenden kann, wie man mit einem Problem umgeht.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

15 Ich habe jemanden, der mir Informationen gibt, falls ich sie brauche.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

16 Ich bekomme nützliche Ratschläge über wichtige Dinge im Leben.

1

Nie

2

Selten

3

Manchmal

4

Oft

5

Immer

Informationen über Krebsrisiken und Krebserkrankungen

1 Ich vermeide es, alles über Risiken einer Krebstherapie und Langzeitfolgen einer Krebserkrankung zu erfahren.



2 Über Risiken einer Krebstherapie und Langzeitfolgen einer Krebserkrankung will ich alles wissen, auch wenn mich das beunruhigt.



3 Über Risiken einer Krebstherapie und Langzeitfolgen einer Krebserkrankung will ich grundsätzlich alles erfahren.



4 Wenn es um Risiken meiner eigenen Krebstherapie und Langzeitfolgen meiner Krebserkrankung geht, ist Unwissenheit manchmal besser.



5 Ich kann mir Situationen vorstellen, in denen ich lieber nicht alles über Risiken einer Krebstherapie und Langzeitfolgen einer Krebserkrankung wissen will.



6 Es ist mir wichtig, alles über Risiken meiner eigenen Krebstherapie und Langzeitfolgen meiner Krebserkrankung zu wissen.



Schlafqualitäts-Fragebogen - PSQI - Adaptiert

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar nur während der letzten vier Wochen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

1 Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?

Übliche Uhrzeit:

2 Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

in Minuten

3 Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?

Übliche Uhrzeit:

4 Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen? (Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)

Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an.
Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...

5 ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

☐ 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht

☐ 2 Weniger als einmal pro Woche

☐ 3 Einmal oder zweimal pro Woche

☐ 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

6 ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?

☐ 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht

☐ 2 Weniger als einmal pro Woche

☐ 3 Einmal oder zweimal pro Woche

☐ 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

7 ... weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?

☐ 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht

☐ 2 Weniger als einmal pro Woche

☐ 3 Einmal oder zweimal pro Woche

☐ 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

8 ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?

- 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht
- 2 Weniger als einmal pro Woche
- 3 Einmal oder zweimal pro Woche
- 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

9 ... weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?

- 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht
- 2 Weniger als einmal pro Woche
- 3 Einmal oder zweimal pro Woche
- 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

10 ... weil Ihnen zu kalt war?

- 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht
- 2 Weniger als einmal pro Woche
- 3 Einmal oder zweimal pro Woche
- 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

11 ... weil Ihnen zu warm war?

- 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht
- 2 Weniger als einmal pro Woche
- 3 Einmal oder zweimal pro Woche
- 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

12 ... weil Sie schlecht geträumt hatten?

- 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht
- 2 Weniger als einmal pro Woche
- 3 Einmal oder zweimal pro Woche
- 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

13 ... weil Sie Schmerzen hatten?

- 1 Während der letzten vier Wochen gar nicht
- 2 Weniger als einmal pro Woche
- 3 Einmal oder zweimal pro Woche
- 4 Dreimal oder häufiger pro Woche

14 ... aus anderen Gründen?

1

Ja

2

Nein

Wenn "Ja", Bitte beschreiben:

15 Und wie oft während des letzten Monats konnten Sie aus diesem Grund schlecht schlafen?

1

Während der letzten vier Wochen gar nicht

2

Weniger als einmal pro Woche

3

Einmal oder zweimal pro Woche

4

Dreimal oder häufiger pro Woche

16 Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

1

Sehr gut

2

Ziemlich gut

3

Ziemlich schlecht

4

Sehr schlecht

17 Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?

1

Während der letzten vier Wochen gar nicht

2

Weniger als einmal pro Woche

3

Einmal oder zweimal pro Woche

4

Dreimal oder häufiger pro Woche

18 Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?

1

Während der letzten vier Wochen gar nicht

2

Weniger als einmal pro Woche

3

Einmal oder zweimal pro Woche

4

Dreimal oder häufiger pro Woche

19 Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?

1

Keine Probleme

2

Kaum Probleme

3

Etwas Probleme

4

Große Probleme

20 Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?
(Falls "ja", fahren Sie auf der nächsten Seite mit General Dietary Behaviour Instrument (GDBI) fort)

1

Ja

2

Ja, aber ein Partner/Mitbewohner schläft in einem anderen Zimmer

3

Nein, der Partner schläft im selben Zimmer, aber nicht im selben Bett

4

Nein, der Partner schläft im selben Bett

Falls Sie einen Mitbewohner / Partner haben, fragen Sie sie / ihn bitte, ob und wie oft er / sie bei Ihnen folgendes bemerkt hat.

21 Lautes Schnarchen

1

Während der letzten vier Wochen gar nicht

2

Weniger als einmal pro Woche

3

Einmal oder zweimal pro Woche

4

Dreimal oder häufiger pro Woche

22 Lange Atempausen während des Schlafes

1

Während der letzten vier Wochen gar nicht

2

Weniger als einmal pro Woche

3

Einmal oder zweimal pro Woche

4

Dreimal oder häufiger pro Woche

23 Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes

1

Während der letzten vier Wochen gar nicht

2

Weniger als einmal pro Woche

3

Einmal oder zweimal pro Woche

4

Dreimal oder häufiger pro Woche

24 Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes

1

Während der letzten vier Wochen gar nicht

2

Weniger als einmal pro Woche

3

Einmal oder zweimal pro Woche

4

Dreimal oder häufiger pro Woche

25 Oder andere Formen von Unruhe während des Schlafes
Bitte beschreiben:

General Dietary Behaviour Instrument (GDBI)

In diesem Fragebogen werden Ihnen Situationen vorgestellt, bei denen Sie entscheiden können, wie Sie sich eher verhalten würden. Sie sehen gegenübergestellt (auf dem Handy untereinander) zwei mögliche Verhaltensweisen (Verhalten A und Verhalten B). Stellen Sie sich Ihren **typischen Alltag** vor und überlegen Sie, wie Sie sich am ehesten verhalten.

Bitte beachten Sie, dass nicht jede Situation für Sie genau zutreffen wird. Versuchen Sie bitte dennoch, sich die Situation vorzustellen und anzukreuzen, welches Verhalten für Sie wahrscheinlicher in dieser Situation wäre.

1 **Verhalten A: Ich nehme täglich unterschiedliche Lebensmittel zu mir.**

Verhalten B: Ich nehme täglich die gleichen Lebensmittel zu mir.

1 Wie Verhalten A

2 Eher wie Verhalten A

3 Teils/Teils

4 Eher wie Verhalten B

5 Wie Verhalten B

2 **Verhalten A: Meine Mahlzeiten beinhalten immer tierische Produkte (z.B. Fleisch, Fisch, Eier, Milchprodukte wie Joghurt, Sahne, Käse).**
Verhalten B: Meine Mahlzeiten beinhalten keine tierischen Produkte (z.B. Fleisch, Fisch, Eier, Milchprodukte wie Joghurt, Sahne, Käse).

1 Wie Verhalten A

2 Eher wie Verhalten A

3 Teils/Teils

4 Eher wie Verhalten B

5 Wie Verhalten B

3 **Verhalten A: Meine Mahlzeiten beinhalten immer pflanzliche Produkte (z.B. Gemüse, Getreideprodukte, Tofuprodukte).**
Verhalten B: Meine Mahlzeiten beinhalten keine pflanzlichen Produkte (z.B. Gemüse, Getreideprodukte, Tofuprodukte).

1 Wie Verhalten A

2 Eher wie Verhalten A

3 Teils/Teils

4 Eher wie Verhalten B

5 Wie Verhalten B

4 **Verhalten A: Ich esse täglich mindestens 2 Portionen Obst.**
Verhalten B: Ich esse nie Obst.

1 Wie Verhalten A

2 Eher wie Verhalten A

3 Teils/Teils

4 Eher wie Verhalten B

5 Wie Verhalten B

5 **Verhalten A:** Ich esse täglich mindestens 3 Portionen Gemüse.

Verhalten B: Ich esse nie Gemüse.

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

6 **Verhalten A:** Ich esse täglich Vollkornprodukte (z.B. Vollkornnudeln, Vollkornbrot) anstatt Weißmehlprodukte (z.B.

"herkömmliche" Nudeln, Weißbrot/Graubrot).

Verhalten B: Ich esse täglich Weißmehlprodukte (z.B. "herkömmliche" Nudeln, Weißbrot/Graubrot) anstatt Vollkornprodukte (z.B.

Vollkornnudeln, Vollkornbrot).

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

7 **Verhalten A:** Ich nehme immer pflanzliche Fette (z.B. Margarine und Öle auf Basis von Raps, Oliven, Sonnenblumen) anstatt tierischer Fette (Butter, Schmalz etc.) zu mir.

Verhalten B: Ich nehme immer tierische Fette (Butter, Schmalz etc.) anstatt pflanzlicher Fette (z.B. Margarine und Öle auf Basis von Oliven, Raps, Sonnenblumen) zu mir.

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

8 **Verhalten A:** Ich esse keine Süßigkeiten (z.B. Schokolade, Kekse, Gebäck).

Verhalten B: Ich esse täglich Süßigkeiten (z.B. Schokolade, Kekse, Gebäck).

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

9 **Verhalten A:** Ich esse keine Fast-Food- und Fertigprodukte (z.B. Tiefkühlpizza, Mikrowellenfertiggerichte).

Verhalten B: Ich esse täglich Fast-Food- und Fertigprodukte (z.B. Tiefkühlpizza, Mikrowellenfertiggerichte).

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

10 **Verhalten A:** Ich trinke keine zucker-/ süßungsmittelhaltige Getränke (z.B. Säfte, Limonade, gesüßter Kaffee/Tee).

Verhalten B: Ich trinke täglich zucker-/ süßungsmittelhaltige Getränke (z.B. Säfte, Limonade, gesüßter Kaffee/Tee).

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

11 **Verhalten A:** Ich nehme täglich mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit (ausgenommen alkoholische Getränke bzw. zucker-/süßungsmittelhaltige Getränke) zu mir.

Verhalten B: Ich nehme täglich weniger als 1,5 Liter Flüssigkeit (ausgenommen alkoholische Getränke bzw. zucker-/süßungsmittelhaltige Getränke) zu mir.

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

12 **Verhalten A:** Bei der Zubereitung der Mahlzeiten ist mir wichtig, dass diese schnell zubereitet werden (z.B. schnelles Frittieren, schnelles/scharfes Anbraten).

Verhalten B: Bei der Zubereitung der Mahlzeiten ist mir wichtig, dass diese langsam zubereitet werden (z.B. langsames Garen/Braten mit mittlerer Hitze).

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

13 Verhalten A: Beim Würzen meiner Speisen achte ich darauf, möglichst wenig Salz einzusetzen.

Verhalten B: Beim Würzen der Speisen nutze ich gerne viel Salz.

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

14 Verhalten A: Ich trinke regelmäßig (täglich oder auch jedes Wochenende) Alkohol.

Verhalten B: Ich trinke keinen oder sehr selten (nur zu besonderen Anlässen) Alkohol.

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

15 Verhalten A: Ich esse lieber in Ruhe, ohne dass ich von irgendetwas abgelenkt werde.

Verhalten B: Während des Essens beschäftige ich mich gerne mit anderen Themen (z.B. Fernsehen, Gedanken an die Arbeit, Lesen).

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

16 Verhalten A: Bei der Einnahme meiner Mahlzeiten lasse ich mir gerne Zeit.

Verhalten B: Meine Mahlzeiten nehme ich gerne schnell ein.

1

Wie Verhalten A

2

Eher wie Verhalten A

3

Teils/Teils

4

Eher wie Verhalten B

5

Wie Verhalten B

Fragebogen zur körperlichen Aktivität

In den folgenden Fragen geht es darum, wie viel Zeit Sie in einer gewöhnlichen Woche mit verschiedenen **körperlichen Aktivitäten** verbringen. Bitte beantworten Sie diese Fragen auch dann, wenn Sie sich selbst nicht für eine körperlich aktive Person halten.

Wenn Sie die Fragen beantworten, denken Sie daran, dass *"intensive körperliche Aktivitäten"* diejenigen Aktivitäten sind, die große Anstrengung erfordern und daher Atmung und Puls stark zunehmen. *"Moderate körperliche Aktivitäten"* sind solche, die moderate Anstrengung erfordern und zu einer leichten Erhöhung der Atmung und des Pulses führen.

Körperliche Aktivität bei der Arbeit

Denken Sie zuerst über die Zeit nach, während der Sie arbeiten. Schließen Sie dabei all die Aufgaben ein, die Sie erledigen müssen, wie bezahlte und unbezahlte Arbeit, studieren/lernen, Aufgaben im Haushalt und Garten.

1 Beinhaltet Ihre Arbeit intensive körperliche Aktivität, bei der Atmung und Puls stark zunehmen, mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten?
(Beispiele: schwere Lasten tragen oder heben, graben oder Bauarbeiten)
(Falls "nein", weiter zu Frage 4)

☐ 1 Ja

☐ 2 Nein

2 An wie vielen Tagen in einer gewöhnlichen Woche betätigen Sie sich bei der Arbeit körperlich intensiv?

Anzahl der Tage

3 Wie viel Zeit verbringen Sie an einem gewöhnlichen Tag bei der Arbeit mit intensiver körperlicher Aktivität?
Bitte angeben als: Stunden : Minuten

4 Beinhaltet Ihre Arbeit moderate körperliche Aktivität, bei der Atmung und Puls leicht zunehmen, mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten?
(Beispiele: Tragen leichter Lasten, Servieren, Boden putzen)
(Falls "nein", weiter zu Frage 7)

☐ 1 Ja

☐ 2 Nein

5 An wie vielen Tagen in einer gewöhnlichen Woche führen Sie bei der Arbeit moderate körperliche Aktivität aus?

Anzahl der Tage

6 Wie viel Zeit verbringen Sie an einem gewöhnlichen Tag bei der Arbeit mit moderater körperlicher Aktivität?
Bitte angeben als: Stunden : Minuten

Fortbewegung von Ort zu Ort

Die nächsten Fragen schließen die körperliche Aktivität bei der Arbeit, die Sie bereits erwähnt haben, aus. Es geht nun um die Fortbewegung von Ort zu Ort, beispielsweise von zu Hause zur Arbeitsstelle, zum Einkaufen, zu Freunden oder ins Kino. Spaziergänge und Fahrradtouren sollten Sie hingegen **nicht** einschließen.

7 Gehen Sie zu Fuß oder fahren Sie mit dem Fahrrad, um von einem Ort zum anderen zu kommen, mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten?

(Falls "nein", weiter zu Frage 10)

1

Ja

2

Nein

8 An wie vielen Tagen in einer gewöhnlichen Woche gehen Sie zu Fuß oder fahren Sie mit dem Fahrrad, um von einem Ort zum anderen zu kommen, mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten?

Anzahl der Tage

9 Wie viel Zeit investieren Sie an einem gewöhnlichen Tag, um zu Fuß oder mit dem Fahrrad von einem Ort zum anderen zu kommen?

Bitte angeben als: Stunden : Minuten

Körperliche Aktivität in der Freizeit

Die nächsten Fragen schließen die körperliche Aktivität bei der Arbeit und zur Fortbewegung von Ort zu Ort, die Sie bereits erwähnt haben, aus. Es geht nun um körperliche Aktivitäten und Sport während Ihrer Freizeit, inklusive Spaziergänge und Fahrradtouren.

10 Betreiben Sie in der Freizeit intensive körperliche Aktivität oder Sport, bei der Atmung und Puls stark zunehmen, mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten?

(Beispiele: Joggen, Fußball, schnelles Fahrradfahren, Fitnesstraining)

(Falls "nein", weiter zu Frage 13)

1

Ja

2

Nein

11 An wie vielen Tagen in einer gewöhnlichen Woche betreiben Sie intensive körperliche Aktivität oder Sport in der Freizeit?

Anzahl der Tage

12 Wie viel Zeit investieren Sie an einem gewöhnlichen Tag in der Freizeit in intensive körperliche Aktivität oder Sport?

Bitte angeben als: Stunden : Minuten

13 Betreiben Sie in der Freizeit moderate körperliche Aktivität oder Sport, bei der Atmung und Puls leicht zunehmen, mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten?

(Beispiele: flottes Gehen / Wandern, lockeres Fahrradfahren oder Schwimmen, Gymnastik)

(Falls "nein", weiter zu Frage 16)

1

Ja

2

Nein

14 An wie vielen Tagen in einer gewöhnlichen Woche betreiben Sie moderate körperliche Aktivität oder Sport in der Freizeit?

Anzahl der Tage

15 Wie viel Zeit investieren Sie an einem gewöhnlichen Tag in der Freizeit in moderate körperliche Aktivität oder Sport?

Bitte angeben als: Stunden : Minuten

Sitzen

Bei der nächsten Frage geht es um die Zeit, die Sie mit Sitzen oder Ruhen verbringen, bei der Arbeit, zu Hause, zur Fortbewegung von Ort zu Ort oder in der Freizeit. (Beispiele: am Schreibtisch sitzen, beim Essen, Auto, Bus, Zug fahren, lesen, fernsehen, Computer etc.) Die Zeit, die Sie mit schlafen verbringen, sollte ausgeschlossen werden.

16 Wie viel Zeit verbringen Sie an einem gewöhnlichen Tag mit Sitzen oder Ruhen?

Bitte angeben als: Stunden : Minuten

OPTILATER - Seite 1

Nach einer Krebserkrankung können möglicherweise Spätfolgen auftreten, Erkrankungen können aber selbstverständlich auch unabhängig von einer früheren Krebserkrankung auftreten. In jedem Fall sind Informationen zu Ihren Erkrankungen wichtige Angaben im Rahmen der OPTILATER-Studie, auch um die übrigen Fragebögen sinnvoll auswerten zu können.

Bitte geben Sie daher im Folgenden an, ob eine Erkrankung oder eine gesundheitliche Auffälligkeit durch einen Arzt oder durch eine andere Fachkraft der Gesundheitsversorgung festgestellt wurde. Wenn dies zutrifft, geben Sie bitte hier immer das Jahr (JJJJ) an, in der die Erkrankung das erste Mal festgestellt wurde. Falls Sie sich nicht sicher sind, wann dies war, bitten wir Sie um eine Schätzung des Jahres, in der die Erkrankung das erste Mal festgestellt wurde.

Außerdem bitten wir Sie gelegentlich um zusätzliche Informationen zu der angegebenen Erkrankung. Hier können dann mehrere Antworten zutreffen. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, mehr als ein Kästchen anzukreuzen.

Für Erkrankungen, die zutreffen, bitten wir Sie auch in der zutreffenden Spalte einzutragen, ob sie dafür aktuell Medikamente einnehmen.

Am Ende der Abfrage möchten wir Ihnen die Gelegenheit geben, in einem offen gehaltenen Textfeld weitere Diagnosen oder spezielle Umstände, die Ihnen wichtig erscheinen, zu ergänzen. Zudem können Sie einzelne Diagnosen eingehender erläutern.

Es kann sein, dass sehr viele Erkrankungen nicht zutreffen. Wenn Sie eine Erkrankung nicht kennen, spricht vieles dafür, dass diese auch nicht bei Ihnen festgestellt wurde. Bitte geben Sie die Antworten spontan nach bestem Wissen.

1 Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen / Auffälligkeiten von einem Arzt festgestellt?Auge**Grauer Star (Katarakt) (Falls "nein", weiter zu Frage 4)**☐ 1 Ja☐ 2 Nein**2 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?****3 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?****4 Grüner Star (Glaukom) (Falls "nein", weiter zu Frage 7)**☐ 1 Ja☐ 2 Nein**5 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?****6 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?****7 Augenmuskellähmung (Falls "nein", weiter zu Frage 10)**☐ 1 Ja☐ 2 Nein

8 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

9 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

10 Blindheit (Falls "nein", weiter zu Frage 14)

1

Ja

2

Nein

11 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

12 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

rechts

2

links

3

beidseitig

13 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

14 Eingeschränkte Sehfähigkeit (Falls "nein", weiter zu Frage 18)

1

Ja

2

Nein

15 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

16 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

rechts

2

links

3

beidseitig

17 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

18 Wurde ein Auge entfernt? (Falls "nein", weiter zu Frage 22)

1

Ja

2

Nein

19 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

20 Falls ja, welches Auge wurde entfernt?

1 rechts

2 links

21 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

22 Ohren

Taubheit (Falls "nein", weiter zu Frage 26)

1 Ja

2 Nein

23 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

24 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1 rechts

2 links

3 beidseitig

25 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

26 Schwerhörigkeit (Falls "nein", weiter zu OPTILATER - Seite 2)

1 Ja

2 Nein

27 Falls ja, benötigen Sie Hörgeräte?

1 Rechts

2 Links

3 Beidseitig

28 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

29 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

rechts

2

links

3

beidseitig

30 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

1 [Herz & Gefäßerkrankungen](#)

Herzmuskelschwäche (Falls "nein", weiter zu Frage 4)

1

Ja

2

Nein

2 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

3 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

4 Herzrhythmusstörungen (Falls "nein", weiter zu Frage 7)

1

Ja

2

Nein

5 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

6 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

7 Erkrankung der Herzkranzgefäße (Falls "nein", weiter zu Frage 10)

1

Ja

2

Nein

8 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

9 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

10 Herzinfarkt (Falls "nein", weiter zu Frage 13)

1

Ja

2

Nein

11 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

12 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

13 Entzündung des Herzbeutels (Pericarditis) (Falls "nein", weiter zu Frage 16)

1

Ja

2

Nein

14 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

15 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

16 Bluthochdruck (Hypertonie) (Falls "nein", weiter zu Frage 20)

1

Ja

2

Nein

17 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

18 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen als mm/Hg

19 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

20 Herztransplantation (Falls "nein", weiter zu Frage 24)

1

Ja

2

Nein

21 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

22 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

geplant (Warteliste Spenderorgan)

2

erfolgt in _____(JJJJ)

Wenn "erfolgt in _____(JJJJ)", dann:

23 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

24 Schlaganfall (Falls "nein", weiter zu Frage 28)

1

Ja

2

Nein

25 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

26 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

Blutung im Gehirn

2

Infarkt im Gehirn

3

kurze Durchblutungsstörung im Gehirn (TIA)

4

Art von Schlaganfall mir nicht bekannt

27 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

28 Aneurysma (Falls "nein", weiter zu OPTILATER - Seite 3)

1

Ja

2

Nein

29 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

30 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

1 Stoffwechselerkrankungen / Hormonerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) (Falls "nein", weiter zu Frage 5)

1

Ja

2

Nein

2 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

3 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

Typ I

2

Typ II

4 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

5 Temperatur-Regulations Probleme (Ist Ihnen oft zu kalt/zu warm? Leiden Sie an Temperaturschwankungen, wegen denen Sie einen Arzt aufgesucht haben?) (Falls "nein", weiter zu Frage 8)

1

Ja

2

Nein

6 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

7 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

8 Störung des Wachstums (Falls "nein", weiter zu Frage 12)

1

Ja

2

Nein

9 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

10 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Mehrere Antworten möglich.

1

Einnahme von Wachstumshormonen in der Vergangenheit

2

Aktuelle Einnahme von Wachstumshormonen

11 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

12 Schilddrüsenerkrankungen (Falls "nein", weiter zu Frage 16)

1

Ja

2

Nein

13 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

14 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Mehrere Antworten möglich.

1

Schilddrüsenunterfunktion

2

Schilddrüsenüberfunktion

3

Schilddrüsenknoten

4

Andere:

Wenn "Andere:", dann:

15 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

16 Hypophyseninsuffizienz (Schwäche der Hirnanhangdrüse) mit Ausfall mindestens einer Hormonachse (Falls "nein", weiter zu Frage 20)

1

Ja

2

Nein

17 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

18 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Mehrere Antworten möglich.

Mit Einnahme von:

1

Wachstumshormonen

2

Schilddrüsenhormonen

3

Hydrokortison

4

Geschlechtshormonen

5

Desmopressin

19 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

20 Störung oder Einschränkung der eigenen Fruchtbarkeit (Falls "nein", weiter zu Frage 24)

1

Ja

2

Nein

21 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

22 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Wie wurde es festgestellt?

1

mindestens 12 Monate erfolglos probiert, eine Schwangerschaft herbeizuführen

2

Fruchtbarkeitstest mit dem Ergebnis einer Störung meiner Fruchtbarkeit

3

Ich weiß es nicht, da dies noch nicht systematisch untersucht wurde

23 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

24 Frage für Männer: Einnahme von Testosteron

1

Ja

2

Nein

25 Frage für Frauen: Einnahme von Östrogenen oder anderen Geschlechts-Hormonersatzpräparaten, einschließlich der Pille, wenn diese nicht der Verhütung dient

1

Ja

2

Nein

26 Frage für Frauen: Ein nicht-schwangerschafts bedingtes Ausbleiben der Regelblutung über mehr als 12 Monate andauernd

1

Ja

2

Nein

27 Alter bei letzter Regelblutung:

1

<20J

2

20 - 29J

3

30 - 39J

4

40 - 49J

5

50J oder älter

28 Weitere hormonell bedingte Erkrankungen (Falls "nein", weiter zu OPTILATER - Seite 4)

1

Ja

2

Nein

29 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

30 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

Cushing Syndrom

2

Nebennierenrindeninsuffizienz

3

Nebenschilddrüseninsuffizienz

4

Verzögerte oder verfrühte Pubertät

5

Prolaktinom

6

Diabetes insipidus

1 Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und der Niere

Magen- / Darmerkrankungen (Falls "nein", weiter zu Frage 5)

1

Ja

2

Nein

2 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

3 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

Refluxerkrankung mit Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme

2

Chronisch-entzündliche Darmerkrankung

3

Adenome oder Polypen

4

Andere Erkrankungen im Magen/Darm System die eine Operation erforderten.

Wenn "Andere Erkrankungen im Magen/Darm System die eine Operation erforderten.", welche?:

4 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

5 Lebererkrankungen (Falls "nein", weiter zu Frage 9)

1

Ja

2

Nein

6 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

7 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

Leberzirrhose

2

Chronische Leberentzündung (z.B. Hepatitis A, B, C)

3

Andere/Welche Art von Lebererkrankung?

Wenn "Andere/Welche Art von Lebererkrankung?", welche?:

8 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

9 Nierenerkrankungen (Falls "nein", weiter zu Frage 13)

1

Ja

2

Nein

10 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

11 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1 Dialysepflicht

2 Zustand nach Entfernung einer Niere

3 Zustand nach Nierentransplantation

4 Verlust von Eiweiß oder Mineralien über die Niere (tubuläre Dysfunktion), die Medikamenteneinnahme erfordern

5 Andere Art von Nierenerkrankung, für die Sie Medikamente nehmen müssen?

Wenn "Andere Art von Nierenerkrankung, für die Sie Medikamente nehmen müssen?", Welche?:

12 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

13 Lungenerkrankungen

Überblähung der Lunge (Lungenemphysem) (Falls "nein", weiter zu Frage 17)

1 Ja

2 Nein

14 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

15 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

16 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

17 Narbenlunge (Lungenfibrose) (Falls "nein", weiter zu Frage 21)

1 Ja

2 Nein

18 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

19 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

20 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

21 Einschränkungen der Lungenfunktion (Falls "nein", weiter zu Frage 25)

1 Ja

2 Nein

22 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

23 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1 obstruktiv (z.B. Asthma)

2 restriktiv

3 Andere/Welche Art von Lungenfunktionsstörung?

Wenn "Andere/Welche Art von Lungenfunktionsstörung?",
welche?:

24 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

25 Entfernung eines Organ(teil)s (Falls "nein", weiter zu OPTILATER - Seite 5)

1 Ja

2 Nein

26 Falls ja genauer ausführen / ergänzen:

1 Milz

2 Lungenflügel

3 Gebärmutter

4 ein Eierstock

5 beide Eierstöcke

6 mindestens eine Brust

7 Hoden

8 Prostata

9 Magen

10 Darm

11 Nieren

12 Leber

13 Schilddrüse

14 Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

15 Blase

16 Gallenblase

27 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Milz entfernt?

28 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihr Lungenflügel entfernt?

29 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Gebärmutter entfernt?

30 Falls ja, in welchem Jahr wurde ein Eierstock entfernt?

31 Falls ja, in welchem Jahr wurden beide Eierstöcke entfernt?

32 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihnen mindestens eine Brust entfernt?

33 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Hoden entfernt?

34 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Prostata entfernt?

35 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihr Magen entfernt?

36 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihr Darm entfernt?

37 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Nieren entfernt?

38 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Leber entfernt?

39 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Schilddrüse entfernt?

40 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Bauchspeicheldrüse (Pankreas) entfernt?

41 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Blase entfernt?

42 Falls ja, in welchem Jahr wurde Ihre Gallenblase entfernt?

43 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Milz) Medikamente ein?

44 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung des Lungenflügels) Medikamente ein?

45 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Gebärmutter) Medikamente ein?

46 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung eines Eierstocks) Medikamente ein?

47 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung beider Eierstöcke) Medikamente ein?

48 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung mindestens einer Brust) Medikamente ein?

49 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Hoden) Medikamente ein?

50 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Prostata) Medikamente ein?

51 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung des Magens) Medikamente ein?

52 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung des Darms) Medikamente ein?

53 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Nieren) Medikamente ein?

54 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Leber) Medikamente ein?

55 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Schilddrüse) Medikamente ein?

56 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Bauchspeicheldrüse (Pankreas)) Medikamente ein?

57 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Blase) Medikamente ein?

58 Nehmen Sie wegen dieser Auffälligkeit / Erkrankung (Entfernung der Gallenblase) Medikamente ein?

1 Motorische Probleme / Körperliche Beschwerden

Verbiegung der Wirbelsäule (Skoliose) (Falls "nein", weiter zu Frage 4)

1

Ja

2

Nein

2 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

3 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

4 Osteoporose (Falls "nein", weiter zu Frage 7)

1

Ja

2

Nein

5 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

6 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

7 Zustand nach Amputation mindestens eines (Teil-) Gelenks (zB. Bein/Arm/Hand/Fuss) oder Körperteils (Falls "nein", weiter zu Frage 11)

1

Ja

2

Nein

8 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

9 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Welches?

10 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

11 Weitere gelenkbezogene Erkrankungen mit Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme oder regelmäßiger Injektionen (Spritzen) (Falls "nein", weiter zu Neurologische Beschwerden / Erkrakungen)

1

Ja

2

Nein

12 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

13 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1 Arthritis

2 Arthrose

3 Osteonekrose

4 Andere

Wenn "Andere", welche?:

14 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

15 Neurologische Beschwerden / Erkrankungen

Erinnerungsprobleme (Falls "nein", weiter zu Frage 18)

1 Ja

2 Nein

16 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

17 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

18 Konzentrationsprobleme (Falls "nein", weiter zu Frage 21)

1 Ja

2 Nein

19 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

20 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

21 Krampfanfälle (Falls "nein", weiter zu Frage 25)

1 Ja

2 Nein

22 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

23 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

Epilepsie

2

Andere

Wenn "Andere", welche?:

24 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

25 Migräne-Attacken (Falls "nein", weiter zu Frage 28)

1

Ja

2

Nein

26 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

27 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung/Auffälligkeit Medikamente ein?

28 Cluster-Kopfschmerzen (Falls "nein", weiter zu Frage 31)

1

Ja

2

Nein

29 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

30 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

31 Wasserkopf (Hydrocephalus) (Falls "nein", weiter zu Frage 34)

1

Ja

2

Nein

32 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

33 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

34 Sensibilitätsstörung in Händen oder Füßen (Falls "nein", weiter zu Frage 38)

1

Ja

2

Nein

35 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

36 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Wo?

37 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

38 Sonstige neurologische Beschwerden? (Falls "nein", weiter zu OPTILATER - Seite 6)

1

Ja

2

Nein

39 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

40 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Bitte tragen Sie Ihre Erkrankung ein.

41 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

1 Psychische Beschwerden / Erkrankungen

Depressive Episode(n) (Falls "nein", weiter zu Frage 5)

1 Ja

2 Nein

2 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

3 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1 einmalig

2 wiederholte

4 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

5 Angststörung (Falls "nein", weiter zu Frage 10)

1 ja

2 Nein

6 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

7 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Welche genau?

1 Generalisierte Angststörung

2 Sozialphobie

3 Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie

4 Sonstige Phobien

Wenn "Sonstige Phobien", Welche?:

8 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

9 Bitte geben Sie hier zusätzlich zu Medikamenten an, ob Sie aufgrund der Erkrankung eine Psychotherapie gemacht haben.

1 Ja, ambulante Psychotherapie

2 Ja, stationäre Psychotherapie

3 Kurzzeitige begleitende Therapie (z.B. während des Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik)

4 Psychotherapie empfohlen, aber (noch) keinen Platz gefunden

10 Zwangsstörung (Falls "nein", weiter zu Frage 14)

1

Ja

2

Nein

11 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

12 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

Zwangsgedanken

2

Zwangshandlungen

3

Zwangsgedanken /-handlungen (gemischt)

Falls "andere", bitte führen Sie aus::

13 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

14 Essstörung (Falls "nein", weiter zu Frage 18)

1

Ja

2

Nein

15 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

16 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

17 Bitte geben Sie hier zusätzlich zu Medikamenten an, ob Sie aufgrund der Erkrankung eine Psychotherapie gemacht haben?

1

Ja, ambulante Psychotherapie

2

Ja, stationäre Psychotherapie

3

Kurzzeitige begleitende Therapie (z.B. während des Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik)

4

Psychotherapie empfohlen, aber (noch) keinen Platz gefunden

18 Posttraumatische Belastungsstörung (Falls "nein", weiter zu Frage 23)

1

Ja

2

Nein

19 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

20 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

21 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

22 Bitte geben Sie hier zusätzlich zu Medikamenten an, ob Sie aufgrund der Erkrankung eine Psychotherapie gemacht haben.

1 Ja, ambulante Psychotherapie

2 Ja, stationäre Psychotherapie

3 Kurzzeitige begleitende Therapie (z.B. während des Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik)

4 Psychotherapie empfohlen, aber (noch) keinen Platz gefunden

23 Sonstige psychische Erkrankungen (Falls "nein", weiter zu OPTILATER - Seite 7)

1 Ja

2 Nein

24 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

25 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

26 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

27 Bitte geben Sie hier zusätzlich zu Medikamenten an, ob Sie aufgrund der Erkrankung eine Psychotherapie gemacht haben.

1 Ja, ambulante Psychotherapie

2 Ja, stationäre Psychotherapie

3 Kurzzeitige begleitende Therapie (z.B. während des Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik)

4 Psychotherapie empfohlen, aber (noch) keinen Platz gefunden

1 Neue gutartige oder bösartige Tumor- oder Bluterkrankungen

Weitere Tumor-/Krebs-/Leukämie-Erkrankung (Falls "nein", weiter zu Frage 5)

1

Ja

2

Nein

2 Falls ja, in welchem Jahr (JJJJ) zum ersten Mal festgestellt?

3 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen: Bitte genau beschreiben

4 Nehmen Sie aktuell wegen dieser Erkrankung / Auffälligkeit Medikamente ein?

Während meiner onkologischen Behandlung habe ich...

5 Psychoonkologische Betreuung erhalten

1

Ja

2

Nein

6 Physiotherapie erhalten

1

Ja

2

Nein

7 Bewegungsangebote erhalten

1

Ja

2

Nein

8 Ernährungstherapie erhalten

1

Ja

2

Nein

9 Ergotherapie erhalten

1

Ja

2

Nein

10 Kunsttherapie erhalten

1

Ja

2

Nein

11 Musiktherapie erhalten

1

Ja

2

Nein

12 Sonstige Fragen

Haben Sie an einem oder mehreren Krebsfrüherkennungsprogramm(en) teilgenommen?

1

Ja

2

Nein

13 Falls ja, (seit) wann?

14 Haben sie jemals Spätfolgenversorgung in Anspruch genommen, also z.B. eine Nachsorgesprechstunde besucht, die auf Spätfolgen nach Krebserkrankungen spezialisiert ist / war? (Falls "nein", weiter zu Frage 17)

1

Ja

2

Nein

15 Falls ja, (seit) wann?

16 Falls ja, genauer ausführen / ergänzen:

1

1 mal

2

2 - 4 mal

3

5 - 9 mal

4

> 10 mal

17 Falls Sie Nachsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, wo fanden diese statt?

1

Hausarzt

2

Allgemeinmediziner

3

Spätfolgen-Ambulanz

4

Kinderonkologie

5

Innere Medizin

6

Psychologische Betreuung

7

Andere

18 Falls Sie möchten, können Sie hier genauer auf Diagnosen eingehen oder weitere Diagnosen nennen.