

# Fertilität (Fruchtbarkeit) nach Chemo- und Strahlentherapie im Kindes- und Jugendalter (FeCt)

## Fragebogen für Frauen



Liebe Studienteilnehmerin,

wir wissen bisher wenig über die Fruchtbarkeit oder den Kinderwunsch von Personen, die im Kindes- und Jugendalter mit Chemo- oder Strahlentherapie behandelt wurden.

Deshalb führen wir erstmalig eine bundesweite Befragung zu diesem Thema durch und würden uns sehr freuen, wenn Sie uns mit der Beantwortung dieses kurzen Fragebogens dabei unterstützen könnten. Falls Sie sich bei einigen Fragen nicht sicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich. Bitte kreuzen Sie entweder die entsprechenden Kästchen an oder tragen Sie die Antwort auf die vorgegebene Linie ein.

Alle Antworten werden ohne Rückschlussmöglichkeit auf Ihre Person gespeichert und ausgewertet. Falls Sie mit uns Kontakt aufnehmen wollen, finden Sie am Ende des Fragebogens eine Telefon-Nr. und E-Mail Adresse.

<b>1.</b>	<p><b>Wurden Risiken einer Unfruchtbarkeit und Möglichkeiten der Vorbeugung mit Ihnen besprochen?</b></p>  <p><b>Wurden vorbeugende Maßnahmen zur Erhaltung der Fruchtbarkeit durchgeführt (wie z.B. Ovaropexie, Einfrieren von Eizellen oder Eierstockgewebe)?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, ich / meine Eltern wurden angesprochen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, aber erst auf eigenes Nachfragen</p> <p>Die Aufklärung fand vor<input type="checkbox"/>, während<input type="checkbox"/>, nach<input type="checkbox"/> Chemo- und Strahlentherapie statt</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls Ja, welche: _____</p>
-----------	---	---

## Fragen zu Schwangerschaften und Kindern

<b>2.</b>	<p><b>Waren Sie schon einmal schwanger?</b></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 5</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>
<b>3.</b>	<p><b>Wie war der Verlauf ...</b></p>	
	<p><b>... der 1. Schwangerschaft?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Geburt am ____ . ____ . ____</p> <p>In Schwangerschaftswoche: ____</p> <p>Gewicht des Kindes: ____ g</p> <p>Kopfumfang des Kindes: ____ cm</p> <p>Geschlecht des Kindes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Abbruch, Grund: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Ursache: _____</p>
	<p><b>... der 2. Schwangerschaft?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Geburt am ____ . ____ . ____</p> <p>In Schwangerschaftswoche: ____</p> <p>Gewicht des Kindes: ____ g</p> <p>Kopfumfang des Kindes: ____ cm</p> <p>Geschlecht des Kindes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Abbruch, Grund: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Ursache: _____</p>
	<p><b>... der 3. Schwangerschaft?</b></p> <p><b>Weitere Schwangerschaften bitte auf einem Extrablatt angeben!</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Geburt am ____ . ____ . ____</p> <p>In Schwangerschaftswoche: ____</p> <p>Gewicht des Kindes: ____ g</p> <p>Kopfumfang des Kindes: ____ cm</p> <p>Geschlecht des Kindes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Abbruch, Grund: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Ursache: _____</p>

## Fertilität (Fruchtbarkeit) nach Chemo- und Strahlentherapie im Kindes- und Jugendalter (FeCt)

<b>4.</b>	<b>Falls Sie Kinder haben, hat eines dieser Kinder eine genetische Erkrankung?</b>	Weiß nicht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> falls ja, welche genetische Erkrankung: _____
<b>Fragen zur allgemeinen Entwicklung</b>		
<b>5.</b>	<b>Wann traten die körperlichen Zeichen der Pubertät bei Ihnen ein?</b>	a) In welchem Alter begannen Ihre Brustentwicklung <span style="float: right;">Mit _____ Jahren</span> Bisher noch gar nicht <input type="checkbox"/> b) Schambehaarung: <span style="float: right;">Mit _____ Jahren</span> Bisher noch gar nicht <input type="checkbox"/> c) Erste Regelblutung <span style="float: right;">Mit _____ Jahren</span> Bisher noch gar nicht <input type="checkbox"/>
<b>6.</b>	<b>Blieb Ihre Regelblutung nach der Chemo- oder Strahlentherapie aus?</b>	Meine Regelblutung trat VOR der Therapie ein <input type="checkbox"/> Nein, die Regelblutung blieb danach nicht aus <input type="checkbox"/> Ja, sie blieb aus seit __Monat __Jahr <input type="checkbox"/> Ja, sie blieb danach vorübergehend aus von: __Monat__Jahr bis __Monat__Jahr <input type="checkbox"/>
<b>7.</b>	<b>War/ ist Ihre Regelblutung regelmäßig (3-5-wöchige Zyklen*)?</b> *Zyklus = Erster Tag der Regelblutung bis letzter Tag vor Regelblutung  <b>Nehmen Sie die „Pille“ ein?</b>	Ja, __ Tage pro Zyklus* <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls Nein, von wann bis wann war/ ist Ihr Zyklus* unregelmäßig? __Monat__Jahr bis __Monat__Jahr  Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>8.</b>	<b>Haben oder hatten Sie die für die Wechseljahre typischen Hitzewallungen oder nächtliche Schweißausbrüche?</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit __Monat __Jahr <input type="checkbox"/> Ja, aber inzwischen nicht mehr <input type="checkbox"/>
<b>9.</b>	<b>Welchen <u>höchsten</u> Schulabschluss haben Sie (oder streben Sie zur Zeit an)?</b>	Keinen Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Fachabitur <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/>
<b>Falls Sie schon eigene Kinder haben, sind Sie hier fertig mit dem Fragebogen. Fragen zu Kinderwunsch und Fruchtbarkeit</b>		
<b>10.</b>	<b>Haben Sie <u>bisher</u> versucht, ein Kind zu bekommen?</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> falls ja, von wann bis wann haben Sie (zuletzt) versucht ein Kind zu bekommen: Von __Monat__Jahr bis __Monat__Jahr falls ja, wie oft im Monat hatten Sie in dieser Zeit sexuellen Verkehr? <input type="checkbox"/> weniger als 1 Mal / Monat _____ Mal pro Monat

## Fertilität (Fruchtbarkeit) nach Chemo- und Strahlentherapie im Kindes- und Jugendalter (FeCt)

<b>11.</b>	<p><b>Falls Sie bisher keine eigenen Kinder bekommen haben, was waren die Gründe dafür?</b></p> <p><i>Mehrfachantworten möglich</i></p>	<p>Bislang keinen Partner gehabt <input type="checkbox"/></p> <p>Noch nicht den richtigen Partner <input type="checkbox"/></p> <p>Partner wollte nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Finanzielle Gründe <input type="checkbox"/></p> <p>Angst, das Kind bekommt auch Krebs <input type="checkbox"/></p> <p>Angst vor erneutem Ausbruch der eigenen Krankheit <input type="checkbox"/></p> <p>Noch zu früh, später ja <input type="checkbox"/></p> <p>Hat noch nicht geklappt <input type="checkbox"/></p> <p>Kein Kinderwunsch <input type="checkbox"/></p> <p>Nachgewiesene Unfruchtbarkeit <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges _____ <input type="checkbox"/></p>
<b>12.</b>	<p><b>Haben Sie jemals eine Fruchtbarkeitsuntersuchung machen lassen?</b></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/> → weiter Frage 14</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>
<b>13.</b>	<p><b>Falls ja, mit welchem Ergebnis?</b></p> <p><i>Mehrfachantworten möglich</i></p>	<p>Ergebnis war unauffällig <input type="checkbox"/></p> <p>Eileiter sind nicht durchgängig <input type="checkbox"/></p> <p>Hormonelle Störung falls bekannt, welche _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Anderes Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Ergebnis ist mir nicht bekannt <input type="checkbox"/></p>
<b>14.</b>	<p><b>Nehmen Sie Sexualhormonpräparate (z.B. Hormonersatztherapie) ein?</b></p> <p><i>Hier ist nicht die „Pille“ gemeint.</i></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>falls ja, welches ? _____</p>
<b>15.</b>	<p><b>Haben Sie mit Ihrem Partner Methoden der künstlichen Befruchtung in Anspruch genommen?</b></p> <p><i>Mehrfachantworten möglich</i></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, Hormonbehandlung <input type="checkbox"/> im Jahr _____</p> <p>Ja, In-vitro-Fertilisation <input type="checkbox"/> im Jahr _____</p> <p>Ja, Intrazytoplasmatische Spermieninjektion <input type="checkbox"/> im Jahr _____</p> <p>Ja, sonstige Methode: _____ im Jahr _____</p>
<b>16.</b>	<p><b>Haben oder hatten Sie Erkrankungen der inneren Geschlechtsorgane?</b></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/> → weiter Frage 18</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>
<b>17.</b>	<p><b>Falls ja, um welche Erkrankungen der inneren Geschlechtsorgane handelt(e) es sich?</b></p> <p><i>Mehrfachantworten möglich</i></p>	<p>Eileiterentzündung <input type="checkbox"/></p> <p>Eileiterschwangerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Endometriose <input type="checkbox"/></p> <p>Entfernung der Eierstöcke <input type="checkbox"/></p> <p>Eierstockzysten <input type="checkbox"/></p> <p>Entfernung der Gebärmutter <input type="checkbox"/></p> <p>Myome <input type="checkbox"/></p> <p>Andere Erkrankung der Geschlechtsorgane: _____ <input type="checkbox"/></p>

## Fertilität (Fruchtbarkeit) nach Chemo- und Strahlentherapie im Kindes- und Jugendalter (FeCt)

<b>18.</b>	<b>Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen, die mit Unfruchtbarkeit einhergehen können?</b>  <i>Mehrfachantworten möglich</i>	Nein <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Hormonstörung <input type="checkbox"/> falls bekannt, welche: _____ Langjähriger, starker Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> Langjähriger, starker Nikotinkonsum <input type="checkbox"/>  Andere Erkrankungen, die möglicherweise auch zur Unfruchtbarkeit führen können: _____
<b>19.</b>	<b>Wie stark ist allgemein Ihr Kinderwunsch?</b>  <i>Bitte die am ehesten zutreffende Antwort ankreuzen</i>	Überhaupt nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Eher gering, aber vorhanden <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/>
Wenn Sie keinen Partner haben, sind Sie hier fertig mit dem Fragebogen. <b>Fragen zum Partner</b>		
<b>20.</b>	<b>Falls Sie einen Partner haben, hat dieser jemals eine <u>Fruchtbarkeitsuntersuchung</u> machen lassen?</b> <b>Wenn ja, mit welchem Ergebnis?</b>  <i>Mehrfachantworten möglich.</i>	Keine Fruchtbarkeitsuntersuchung <input type="checkbox"/> Ergebnis war unauffällig <input type="checkbox"/> Erniedrigte Spermienzahl <input type="checkbox"/> Überhaupt keine Spermien <input type="checkbox"/> Hormonelle Störung <input type="checkbox"/> falls bekannt, welche _____  Anderes Ergebnis: _____ Ergebnis ist mir nicht bekannt <input type="checkbox"/>
<b>21.</b>	<b>Hat Ihr Partner jemals eine Schwangerschaft gezeugt?</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>

### Sehr herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Falls Sie Fragen zu dieser Studie haben oder Sie sich mit persönlichen Fragen zum Thema Fruchtbarkeit an uns wenden möchten, können Sie uns gerne per E-Mail kontaktieren. Bei Angabe Ihrer Telefonnummer rufen wir gerne zurück: [fect-studie@charite.de](mailto:fect-studie@charite.de) oder Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 030/450-666204.

Ihre weiteren Anmerkungen sind unten auf dieser Seite herzlich willkommen!

*A. Borgmann-Beardt*  
 Dr. med. Anja Borgmann (Studienleiterin)

Ihre Anmerkungen: