

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

Fragebogen für Männer



Lieber Studienteilnehmer,

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.

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

Fragen zu Schwangerschaften und Kindern

2.	<p>Haben Sie bereits eine Schwangerschaft gezeugt?</p>	Nein <input type="checkbox"/> → weiter Frage 5 Ja <input type="checkbox"/>
3.	Wie war der Verlauf ...	
	... der 1. Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Geburt am __. __. ____ In Schwangerschaftswoche: __ Gewicht des Kindes: ____ g Kopfumfang des Kindes: __ cm Geschlecht des Kindes: _____ <input type="checkbox"/> Abbruch, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Ursache: _____
	... der 2. Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Geburt am __. __. ____ In Schwangerschaftswoche: __ Gewicht des Kindes: ____ g Kopfumfang des Kindes: __ cm Geschlecht des Kindes: _____ <input type="checkbox"/> Abbruch, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Ursache: _____
	... der 3. Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Geburt am __. __. ____ In Schwangerschaftswoche: __ Gewicht des Kindes: ____ g Kopfumfang des Kindes: __ cm Geschlecht des Kindes: _____ <input type="checkbox"/> Abbruch, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Ursache: _____

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

	<p>... der 4. Schwangerschaft?</p> <p>Weitere Schwangerschaften bitte auf einem Extrablatt angeben!</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>
4.	<p>Wenn Sie Kinder haben, hat eines dieser Kinder eine genetische Erkrankung?</p>	<p>Weiß nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>falls ja, welche genetische Erkrankung: _____</p>
Fragen zur allgemeinen Entwicklung		
5.	<p>Wann traten die körperlichen Zeichen der Pubertät bei Ihnen ein?</p>	<p>a) Vergrößerung der Hoden und Veränderung der Haut der Hoden Mit ____ Jahren Bisher noch gar nicht <input type="checkbox"/></p> <p>b) Schambehaarung: Mit ____ Jahren Bisher noch gar nicht <input type="checkbox"/></p>
6.	<p>Entspricht Ihre Hodengröße ungefähr derjenigen von gleichaltrigen Männern?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, sie sind deutlich kleiner <input type="checkbox"/></p>
7.	<p>Welchen <u>höchsten</u> Schulabschluss haben Sie (oder streben Sie zur Zeit an)?</p>	<p>Keinen Abschluss <input type="checkbox"/></p> <p>Hauptschule <input type="checkbox"/></p> <p>Realschule <input type="checkbox"/></p> <p>Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/></p> <p>Fachabitur <input type="checkbox"/></p> <p>Abitur <input type="checkbox"/></p>
<p>Falls Sie schon <u>eigene Kinder</u> haben, sind Sie <u>hier fertig</u> mit dem Fragebogen.</p> <p>Fragen zu Kinderwunsch und Fruchtbarkeit</p>		
8.	<p>Haben Sie <u>bisher</u> versucht, ein Kind zu zeugen?</p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Falls ja, von wann bis wann haben Sie (zuletzt) versucht ein Kind zu zeugen: __ Monat __ Jahr bis __ Monat __ Jahr</p> <p>Falls ja, wie oft im Monat hatten Sie in dieser Zeit sexuellen Verkehr? <input type="checkbox"/> weniger als 1 Mal / Monat ____ Mal pro Monat</p>

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

9.	Falls Sie bisher keine Kinder gezeugt haben, was waren die Gründe dafür? <i>Mehrfachantworten möglich</i>	Bislang keine Partnerin gehabt <input type="checkbox"/> Noch nicht die richtige Partnerin <input type="checkbox"/> Partnerin wollte nicht <input type="checkbox"/> Finanzielle Gründe <input type="checkbox"/> Angst, das Kind bekommt auch Krebs <input type="checkbox"/> Angst vor erneutem Ausbruch der eigenen Krankheit <input type="checkbox"/> Noch zu früh, später ja <input type="checkbox"/> Hat noch nicht geklappt <input type="checkbox"/> Kein Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Nachgewiesene Unfruchtbarkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
10.	Haben Sie jemals eine Fruchtbarkeitsuntersuchung machen lassen?	Nein <input type="checkbox"/> → weiter Frage 12 Ja <input type="checkbox"/>
11.	Falls ja, mit welchem Ergebnis? <i>Mehrfachantworten möglich.</i>	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"/>
12.	Nehmen Sie Sexualhormonpräparate ein?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> falls ja, welches ? _____
13.	Haben Sie mit Ihrer Partnerin Methoden der künstlichen Befruchtung in Anspruch genommen? <i>Mehrfachantworten möglich</i>	Nein <input type="checkbox"/> Ja, Hormonbehandlung <input type="checkbox"/> im Jahr _____ Ja, In-Vitro-Fertilisation <input type="checkbox"/> im Jahr _____ Ja, Intrazytoplasmatische Spermieninjektion <input type="checkbox"/> im Jahr _____ Ja, sonstige Methode: _____ _____ <input type="checkbox"/> im Jahr _____
14.	Haben oder hatten Sie Erkrankungen der Geschlechtsorgane?	Nein <input type="checkbox"/> → weiter Frage 16 Ja <input type="checkbox"/>
15.	Falls ja, um welche Erkrankungen der Geschlechtsorgane handelt(e) es sich? <i>Mehrfachantworten möglich</i>	Hodenhochstand <input type="checkbox"/> Mumps mit Beteiligung der Hoden <input type="checkbox"/> Krampfadern im Hoden <input type="checkbox"/> Samenleiterentzündung <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit unklarer Ursache <input type="checkbox"/> Andere Erkrankung der Geschlechtsorgane: _____

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

16.	Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen, die mit Unfruchtbarkeit einhergehen können? <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: _____
17.	Wie stark ist allgemein Ihr Kinderwunsch? <i>Bitte die am ehesten zutreffende Antwort ankreuzen</i>	Überhaupt nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Eher gering, aber nicht abgeneigt <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/>
Wenn Sie keine Partnerin haben, sind Sie hier fertig mit dem Fragebogen. Fragen zur Partnerin		
18.	Falls Sie eine Partnerin haben, hat diese jemals eine <u>Fruchtbarkeitsuntersuchung</u> machen lassen? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <i>Mehrfachantworten möglich.</i>	Keine Fruchtbarkeitsuntersuchung <input type="checkbox"/> Ergebnis war unauffällig <input type="checkbox"/> Eileiter sind nicht durchgängig <input type="checkbox"/> Hormonelle Störung <input type="checkbox"/> falls bekannt, welche _____ Anderes Ergebnis: _____ Ergebnis ist mir nicht bekannt <input type="checkbox"/>
19.	War Ihre Partnerin jemals schwanger?	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 oder Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 030/450-666204.

Ihre weiteren Anmerkungen sind unten auf dieser Seite herzlich willkommen!

A. Borgmann-Brandt
 Dr. med. Anja Borgmann (Studienleiterin)

Ihre Anmerkungen: