

ZKS Köln, Gleueler Str. 269, 50935 Köln

**Zentrum für Klinische Studien (ZKS)**

Frau Elena Bardach

Tel.: 0221 478 88132

E-Mail: [gbg-dth@zks-koeln.de](mailto:gbg-dth@zks-koeln.de)

Anschrift: Gleueler Str. 269  
50935 Köln

Web: <https://zks.uni-koeln.de/>

{Adresse der Patientin oder des Angehörigen}

Köln, {xx.yy.zzzz}

**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Angehörige,**

wir hoffen, es geht Ihnen gut.

Sie hatten im Rahmen Ihrer Brustkrebserkrankung an einer klinischen Studie teilgenommen und eingewilligt, dass wir Sie in diesem Zusammenhang zu Ihrem Gesundheitszustand befragen dürfen.

Um möglichst zuverlässige Analysen zu den Behandlungen durchführen zu können, werden über einen langen Zeitraum Informationen zum Gesundheitszustand aller Teilnehmer benötigt. In der Vergangenheit zeigte sich, dass auch noch viele Jahre nach einer Krebsbehandlung wissenschaftlich wichtige Erkenntnisse gewonnen werden können, die helfen, Behandlungs-Standards zu verbessern. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass alle Patientinnen und Patienten, auch solche, die weiter gesund sind, diese wertvollen Informationen rückmelden.

Wir bitten Sie daher, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und mit Hilfe des Rückumschlags an uns zurückzuschicken. Mit Ihrer Rückmeldung leisten Sie in jedem Fall einen enorm wichtigen Beitrag, die Therapien für Brustkrebs stetig zu verbessern.

Wenn Sie nicht mehr von uns kontaktiert werden wollen, oder sich Ihre Adresse geändert hat, teilen Sie uns das bitte auf dem beigefügten Formblatt mit.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung auch im Namen zukünftiger Brustkrebspatienten und Patientinnen!

Ihre German Breast Group

Ihr ZKS Köln

PS: Bitte denken Sie an regelmäßige Nachsorgetermine bei Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin.

ZKS Köln, Gleueler Str. 269, 50935 Köln

**Deutsche Post** 

**ANTWORT**

An die  
GBG Forschungs GmbH  
- Datamanagement –  
Dornhofstraße 10  
63263 Neu-Isenburg

**Pseudonymisierte Rückmeldung**

Bitte geben Sie auf diesem Blatt nicht Ihren Namen  
oder Adresse an!

**{vorausgefüllte PatID}**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte teilen Sie uns auf diesem Bogen Informationen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand bezüglich Ihrer  
Brustkrebserkrankung mit.

Datum der letzten Nachsorgeuntersuchung: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

- ☐ Es sind keine neuen Folgen meiner Brustkrebserkrankung aufgetreten.
- ☐ Ich habe einen Rückfall erlitten / Metastasen entwickelt: Datum der Diagnose: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Falls bekannt bitte angeben:
- ☐ Lokaler Rückfall
    - ☐ betroffene Brust
    - ☐ Lymphknoten der Achselhöhle der betroffenen Seite
    - ☐ Brustwand der betroffenen Seite
  - ☐ Zweite Brustkrebserkrankung
    - ☐ Gegenüberliegende Brust
  - ☐ Fernmetastase
    - ☐ gegenüberliegende Achselhöhle
    - ☐ Knochen
    - ☐ Lunge
    - ☐ Leber
    - ☐ Haut
    - ☐ Gehirn/Rückenmark
    - ☐ Anderes \_\_\_\_\_

- ☐ Bei mir wurde eine vorsorgliche Entfernung der Brust/Brustdrüse der Gegenseite (nicht-erkrankte Brust)  
vorgenommen.

- ☐ Ich habe eine **andere Krebserkrankung** entwickelt, die nicht mit dem Brustkrebs zusammenhängt.

Datum der Diagnose: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Falls bekannt Diagnose bitte angeben: \_\_\_\_\_

Ggf. von einem Angehörigen auszufüllen:

- ☐ Der Patient / Die Patientin ist verstorben.  
Falls bekannt bitte angeben: Todesdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Todesursache:

- ☐ Brustkrebs
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_
- ☐ Unbekannt

(bitte Rückseite beachten)

**{Versanddatum} { PatID}**

### Nebenwirkungen

Sind irgendwelche der nachfolgenden Nebenwirkungen der Krebstherapie bei Ihnen **nach Studienende aufgetreten bzw. noch bestehend**?

Falls **Ja**, bitte markieren Sie den jeweils für Sie aktuell zutreffenden Schweregrad der Nebenwirkung (mild, moderat, schwerwiegend oder lebensbedrohlich).

Falls die Nebenwirkung aktuell bei ihnen **nicht** auftritt, markieren Sie bitte die Auswahl **„nicht vorhanden“**.

Falls Ihnen **keine Information zum aktuellen Status der Nebenwirkung** vorliegt, markieren Sie bitte **„unbekannt“**.

Nebenwirkung	unbe- kannt	nicht vorhanden	mild	moderat	schwer- wiegend	lebens- bedrohlich
Herzmuskelerkrankung/ Pumpschwäche des Herzens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> z.B. stationäre Behandlung	<input type="radio"/> z.B. Herzinfarkt
Knochenbrüche, bitte erläutern (Diagnose):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Taubheitsgefühle oder brennende Schmerzen der Hände oder Füße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> störend, aber keine funktionellen Einschränkungen	<input type="radio"/> z.B. Unge- schicklichkeit der Finger, leichte Stand- oder Gehunsicherheit	<input type="radio"/> z.B. Gehen nur mit Hilfsmittel, Ankleiden/ Essen erfordert Hilfe	<input type="radio"/>
Gelenkschmerzen/ Knochenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> störend, aber keine funktionellen Einschränkungen	<input type="radio"/> z.B. Schmerzen schränken Alltagsaktivitäten ein	<input type="radio"/> z.B. Gehen nur mit Hilfsmittel, Ankleiden/ Essen erfordert Hilfe	
Hitzewallungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> störend, aber keine funktionellen Einschränkungen	<input type="radio"/> schränkt Alltagsaktivitäten ein	<input type="radio"/> z.B. Alltag nicht möglich	
Andere noch nicht oben genannte Nebenwirkungen bitte Diagnose erläutern:  _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Gesamtbewertung aktueller Nebenwirkungen

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
Die Nebenwirkungen der Behandlung machen mir zu schaffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Lebensqualität

	Überhaupt nicht zufrieden	ein wenig zufrieden	Mäßig zufrieden	Ziemlich zufrieden	Sehr zufrieden
Ich bin derzeit mit meiner Lebensqualität zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Nur für Frauen im gebärfähigen Alter zum Zeitpunkt der Brustkrebserkrankung

(einmaliges Ausfüllen genügt; bitte nur erneut ausfüllen bei erneuter Schwangerschaft)

### Haben Sie Maßnahmen zum Fertilitätserhalt vor/während der Chemotherapie erhalten?

O ja (Mehrfachnennung möglich):

- ☐ GnRH (Spritze zum Schutz der Eierstockfunktion üblich alle 4 Wochen während Chemotherapie)
- ☐ Stimulation und Einfrieren von Eizellen (vor Chemotherapie Start)
- ☐ Einfrieren von Eierstockgewebe im Rahmen einer Operation (vor Chemotherapie Start)

O nein/keine

### Haben Sie NACH der Brustkrebserkrankung versucht, schwanger zu werden?

O ja

O nein

### Sind Sie NACH der Brustkrebserkrankung schwanger geworden?

O nein (keine weitere Dokumentation erforderlich)

O ja, bitte vervollständigen

	Monat/Jahr Schwangerschaft (MM/JJJJ)	Monat/Jahr der Geburt (MM/JJJJ)	Fehlgeburt	Schwangersch. Abbruch	Natürliche entstandene Schwangerschaft oder Fertilitätsbehandlung
<b>Erste Schwangerschaft</b>	___/___	___/___	O	O	O Natürlich O Fertilitätsbehandlung zum Erreichen der Schwangerschaft
O Schwangerschaft noch andauernd.					
Kind normal entwickelt	O ja	O nein, bitte erläutern:			
<b>Zweite Schwangerschaft</b>	___/___	___/___	O	O	O Natürlich O Fertilitätsbehandlung zum Erreichen der Schwangerschaft
O Schwangerschaft noch andauernd.					
Kind normal entwickelt	O ja	O nein, bitte erläutern:			
<b>Dritte Schwangerschaft</b>	___/___	___/___	O	O	O Natürlich O Fertilitätsbehandlung zum Erreichen der Schwangerschaft
O Schwangerschaft noch andauernd.					
Kind normal entwickelt	O ja	O nein, bitte erläutern:			
<b>Vierte Schwangerschaft</b>	___/___	___/___	O	O	O Natürlich O Fertilitätsbehandlung zum Erreichen der Schwangerschaft
O Schwangerschaft noch andauernd.					
Kind normal entwickelt	O ja	O nein, bitte erläutern:			

**ANTWORT**

An das  
Zentrum für Klinische Studien (ZKS)  
- Datenmanagement -  
Gleueler Str. 269  
50935 Köln

**Zentrum für Klinische Studien (ZKS)**

Frau Elena Bardach

Tel.: 0221 478 88132  
E-Mail: [gbg-dth@zks-koeln.de](mailto:gbg-dth@zks-koeln.de)  
Anschrift: Gleueler Str. 269  
50935 Köln  
Web: <https://zks.uni-koeln.de/>

**Bitte füllen Sie diesen Bogen nur aus, wenn sich Ihre Kontaktadresse ändert oder wenn Sie nicht mehr von uns kontaktiert werden wollen.**

- ☐ Meine Adresse hat sich geändert.  
Bitte kontaktieren sie mich zukünftig unter folgender Adresse:

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

- ☐ Bitte richten sie ihre Anfragen zu meinem Gesundheitszustand künftig an:

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Einwilligung des Angehörigen**

Ich bin damit einverstanden, dass meine o.a. Daten vom ZKS Köln gespeichert werden und dieses mich schriftlich zum Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten befragt.

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift des Angehörigen: \_\_\_\_\_

- ☐ Ich möchte künftig nicht mehr von Ihnen kontaktiert werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_