ZKS Köln, Gleueler Str. 269, 50935 Köln

{Adresse der Patientin oder des Angehörigen}

Zentrum für Klinische Studien (ZKS)

Frau Elena Bardach
Tel.: 0221 478 88132
E-Mail: gbg-dth@zks-koeln.de
Anschrift: Gleueler Str. 269
50935 Köln
Web: https://zks.uni-koeln.de/

Köln, {xx.yy.zzzz}

Liebe Patientin, 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 die Wirkung und Nebenwirkungen der in dieser Studie eingesetzten Behandlungen vollständig beurteilen zu können, werden über einen langen Zeitraum Informationen zur Ihrem Gesundheitszustand benötigt. In der Vergangenheit zeigte sich, dass auch noch viele Jahre nach einer solchen Krebsbehandlung wissenschaftlich wichtige Erkenntnisse gewonnen werden können, welche die abschließende Bewertung einer Behandlung ändern können. Aus diesem Grund kontaktieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, um Informationen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand zu erhalten.

Wir bitten Sie daher, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und mit Hilfe des Rückumschlags an uns zurück zu schicken.
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.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihre German Breast Group Ihr ZKS Köln

PS: Bitte denken Sie an regelmäßige Nachsorgetermine bei Ihrem Frauen- oder Hausarzt.

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

Datum der letzten Nachsorgeuntersuchung: ..... _____

- ○ Es sind keine neue 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
    - ☐ Brustwand
  - ○ Fernmetastase
    - ☐ gegenüberliegende Brust
    - ☐ Haut
    - ☐ Knochen
    - ☐ Leber
    - ☐ Gehirn/Rückenmark
    - ☐ Lunge
    - ☐ Anderes _____
- ○ Ich habe eine andere Krebserkrankung entwickelt, die nicht mit dem Brustkrebs zusammen hängt.

  Datum der Diagnose ..... _____

  Falls bekannt Diagnose bitte angeben: _____

Ggf. von einem Angehörigen auszufüllen:

- ○ Die Patientin ist verstorben
  Falls bekannt bitte angeben:

  Todesdatum ..... _____

  Todesursache: _____

(Bitte Rückseite beachten)

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	unbekannt	nicht vorhanden	mild	moderat	schwer-wiegend	lebens-bedrohlich
Herzmuskelerkrankung/ Pumpschwäche des Herzens	O	O	O	O	O	O
Herzinfarkt	O	O	---------	O	O	O
Andere Herzprobleme, bitte erläutern (Diagnose):	O	O	O	O	O	O
Periphere sensorische Neuropathie **a)**	O	O	O	O	O	O
Knochenbrüche, bitte erläutern (Diagnose):	O	O	O	O	O	O
Kieferosteonekrose **b)**	O	O	O	O	O	O
Andere noch nicht oben genannte Nebenwirkungen, bitte erläutern (Diagnose):	O	O	O	O	O	O

a) Erkrankung des Nervensystems mit Beeinträchtigung des Tastsinns
b) Schädigung des Kieferknochens (Absterben von Knochengewebe, sog. Kieferosteonekrose)

Lebensqualität

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
Die Nebenwirkungen der Behandlung machen mir zu schaffen.	O	O	O	O	O
Ich bin derzeit mit meiner Lebensqualität zufrieden.	O	O	O	O	O

ZKS Köln, Gleueler Str. 269, 50935 Köln

Deutsche Post

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
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:

Name: _____

Adresse: _____

_____

Ort: _____

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

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 befragt.
Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift des Angehörigen: _____

☐ Ich möchte künftig nicht mehr von Ihnen kontaktiert werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____