



7 Anhang

Urologische Universitätsklinik

Anlage I: Ersterhebungsbogen „Prostatakarzinom“

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

☎ Telefon: erreichbar ab:

Behandelnde Klinik:

Wann wurde festgestellt, daß Sie **Prostatakrebs** haben?

Monat: Jahr:

Wie wurde/wird der Prostatakrebs behandelt?

- Prostataentfernung Hobelung Strahlentherapie
- Hormonentzug Chemotherapie Sonstiges

Sind in Ihrer Familie, abgesehen von Ihnen selbst, weitere Angehörige an **Prostatakrebs** erkrankt?

- Ja Nein

Falls ja, bitte geben Sie an welche Angehörigen betroffen, und ob diese verstorben sind.

- Großvater Vater Bruder Onkel
- verstorben: 19.. verstorben: 19.. verstorben: 19.. verstorben: 19.. verstorben: 19..

Sind in Ihrer Familie Angehörige (oder Sie selbst) an einer **anderen Krebsart** erkrankt oder verstorben?

- Ja Nein

Falls ja, bitte geben Sie an, welcher Angehörige (auch Frauen) und Krebsart

Angehöriger	Krebsart	verstorben
.....	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
.....	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
.....	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
.....	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
.....	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
.....	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

bitte Rückseite beachten !

Dr. med. K. Herkommer * Urologische Universitätsklinik Ulm * Prittwitzstr.43 * 89075 Ulm * Tel.:0731-500-27822



Fragen zu den erstgradigen Angehörigen (auch gesunde) Ihrer Familie:

Angehöriger	Geburtsjahr	lebend	Sterbejahr
Vater		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Bruder 1		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Bruder 2		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Bruder 3		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Schwester 1		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Schwester 2		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Schwester 3		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

väterliche Onkel: Anzahl:.....

väterliche Cousins: Anzahl:.....

mütterliche Onkel: Anzahl:.....

mütterliche Cousins: Anzahl:.....

Sind Sie damit einverstanden, daß Frau Dr. Herkommer oder Vertreter sich mit Ihnen in Verbindung setzt, falls weitere Angaben benötigt werden?

Ja Nein

Datenschutzerklärung:

Ich erkläre mich mit der EDV-mäßigen Verarbeitung meiner auf dem Fragebogen angegebenen Daten einverstanden. Die Daten werden am Universitätsklinikum Ulm, Abt. Urologie, verarbeitet. Die Daten werden ausschließlich zum Zwecke des oben genannten Projekts verwendet. Die Daten werden in einer Datenbank gespeichert. Sie werden zu statistischen Auswertungen nur in anonymisierter Form verarbeitet. Es werden keinerlei Informationen an Dritte weitergegeben, die Rückschlüsse auf meine Person erlauben. Meine Teilnahme an dem Projekt erfolgt freiwillig, möchte ich nicht mehr an dem Projekt mitwirken, werden meine Daten gelöscht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Dr. med. K. Herkommer * Urologische Universitätsklinik Ulm * Prittwitzstr.43 * 89075 Ulm * Tel.:0731-500-27822