

Fragebogen für Menschen mit Krebserkrankungen

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,


herzlichen Dank, dass Sie an unserer Studie *gesa-K* (Gesundheitskompetenz, Selbsthilfeaktivitäten und Versorgungserfahrung von Menschen mit Krebs) teilnehmen möchten. Die Studie wird von der *Deutschen Krebshilfe* gefördert und in Zusammenarbeit mit dem *Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V.* durchgeführt. Ziel dieser Studie ist es, die Lebenssituation und Erfahrungen von Menschen mit Krebserkrankungen im Hinblick auf ihre Erkrankung besser zu verstehen. Wir hoffen, durch diese Forschungsarbeit die Versorgung für Menschen mit Krebserkrankungen verbessern zu können.

In dieser Befragung geht es um Ihr Erfahrungswissen als Krebserkrankte/r. Der Fragebogen auf den nächsten Seiten enthält Fragen zur Diagnose und Behandlung Ihrer Krebserkrankung sowie Fragen zu Ihren Erfahrungen mit Ihrer Versorgung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken und Ihrem persönlichen Umgang mit der Erkrankung. Wir benötigen diese wichtigen Informationen, um ein umfassendes Bild von den Folgen, die eine Krebserkrankung für Betroffene hat, zu erhalten und die Versorgung an ihre individuellen Bedürfnisse anpassen zu können. Falls eine Frage weniger auf Sie zutrifft oder es Ihnen einmal schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, wählen Sie bitte die Antwort aus, die spontan am ehesten zutrifft.

Bitte beachten Sie folgende Information:

- Das Ausfüllen des PDF-Formulars des Fragebogens stellt eine Alternative zum Ausfüllen des Online-Fragebogens dar (allerdings wäre für uns Ihre Teilnahme über den folgenden Link hilfreicher, falls Ihnen dieses möglich ist <https://ww3.unipark.de/uc/gesa/>)
- Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte per E-Mail an e.ziegler@uke.de (Hinweis: durch Angabe Ihrer E-Mail Adresse gehen Ihre Daten nicht zwingend anonym bei uns ein)
- Mit dem Ausfüllen und Versenden des Fragebogens geben Sie Ihr Einverständnis für die weitere wissenschaftliche Auswertung der anonymisierten Daten (die Datenschutzerklärung finden Sie unter https://www.uke.de/extern/gesa/materialien/gesa-K_Umfrage_Patient_innen_DSGVO.pdf)




Bevor die eigentliche Befragung beginnt, möchten wir gerne von Ihnen wissen, wie Sie von dieser Befragung erfahren haben und in welcher Situation Sie sich derzeit befinden.

1	Wie sind Sie auf diese Umfrage aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)		
<input type="checkbox"/>	Projektwebsite	<input type="checkbox"/>	Landeskrebsgesellschaft
<input type="checkbox"/>	Niedergelassene/r Onkologe/in	<input type="checkbox"/>	Hausarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Niedergelassene/r (Organ-) Facharzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	Rehaklinik
<input type="checkbox"/>	Veranstaltung	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe/-Verband	<input type="checkbox"/>	andere Betroffene
<input type="checkbox"/>	Haus der Krebs-Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>	Krebsberatungsstelle
<input type="checkbox"/>	sonstige, und zwar:		
			

2	Wo befinden Sie sich derzeit?				
<input type="radio"/>	in einer Rehaklinik	<input type="radio"/>	im Krankenhaus	<input type="radio"/>	zu Hause


A – Diagnose und Behandlung

Zunächst möchten wir Sie bitten, einige formale Angaben zu Ihrer Erkrankung zu machen, da Krebserkrankungen und deren Behandlungen sehr unterschiedlich sind. In den folgenden Abschnitten fällt mehrfach der Begriff **Akutbehandlung**. Damit ist die erste Krebstherapie gemeint (z.B. Operation, zeitlich begrenzte medikamentöse Therapie und Strahlentherapie).

1	Wann wurde bei Ihnen Ihre jetzige Krebserkrankung festgestellt?	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM / JJJJ)
2	Welche Art von Krebs wurde bei Ihnen festgestellt? 	
3	Wo fand Ihre Akutbehandlung statt? Geben Sie bitte Namen und Ort der Klinik / des Krankenhauses bzw. der Arztpraxis Ihrer Akutbehandlung an.	Name: _____ Ort: _____
4	Welche Behandlungsformen wurden bei Ihnen durchgeführt bzw. haben Sie angewandt? (Mehrfachantwort möglich)	
	<input type="checkbox"/> Abwartendes Beobachten (Watchful Waiting) / Aktive Überwachung (Active Surveillance) <input type="checkbox"/> Chirurgie (Operation) <input type="checkbox"/> Strahlentherapie (Radiotherapie) <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> (Anti-)Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Antikörpertherapie <input type="checkbox"/> Homöopathie <input type="checkbox"/> Komplementärmedizinische Verfahren <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar:  <input type="checkbox"/> weiß nicht
5	Kennen Sie die Stadieneinteilung der UICC (Union Internationale Contre le Cancer)?	
a	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
b	Welches Stadium wurde bei Ihnen diagnostiziert?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> weiß nicht
6	Die folgende Liste enthält verbreitete Gesundheitsprobleme. Bitte geben Sie an, ob Sie momentan das jeweils aufgeführte Problem haben. (Mehrfachantwort möglich)	
	<input type="checkbox"/> Herzprobleme <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Lungenprobleme <input type="checkbox"/> Diabetes/Blutzucker <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme <input type="checkbox"/> Nierenprobleme <input type="checkbox"/> Leberprobleme 	<input type="checkbox"/> Anämie oder andere Blutprobleme <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> weitere Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar:

B – Versorgungserfahrung

Im Folgenden möchten wir Sie um Ihre Einschätzungen als Patient/in zu Ihren Erfahrungen mit Ihrer medizinischen Versorgung im Rahmen Ihrer **Akutbehandlung** bitten. Beziehen Sie Ihre Antworten hierbei bitte auf **die Klinik, die Arztpraxis bzw. das Krankenhaus**, in dem Sie **erstmalig** wegen Ihrer Krebserkrankung behandelt wurden.

1	Wer hat die Akutbehandlung bei Ihnen durchgeführt?	
	<input type="radio"/> Arzt/Ärztin im Krankenhaus <input type="radio"/> Niedergelassene/r Onkologe/in <input type="radio"/> Niedergelassene/r (Organ-) Facharzt/-ärztin 	<input type="radio"/> Hausarzt/-ärztin <input type="radio"/> sonstige, und zwar:

Wir möchten nun gern von Ihnen wissen, in welchem Ausmaß Sie den jeweiligen Aussagen zustimmen bzw. nicht zustimmen.

2		trifft nicht zu	trifft teils/teils zu	trifft zu	trifft sehr zu	trifft ganz genau zu
a	Der Arzt/die Ärztin hat mich ausführlich über meine Krankheit informiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Der Arzt/die Ärztin hat mich ausführlich über die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten informiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Der Arzt/die Ärztin hat mit mir ausführlich über Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung gesprochen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Der Arzt/die Ärztin hat sich genügend Zeit für mich genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Der Arzt/die Ärztin gab mir genügend Möglichkeiten, meine Schwierigkeiten und Probleme zu schildern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	Meine Probleme und Nöte wurden vom Arzt/von der Ärztin verstanden und ernst genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	Der Arzt/die Ärztin hat alle Behandlungsmaßnahmen gemeinsam mit mir festgelegt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	Der Arzt/die Ärztin hat die letzte Behandlungsentscheidung mir überlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	Der Arzt/die Ärztin hat mich bestärkt, meine Angehörigen in meine Behandlung einzubinden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3		überhaupt nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	voll und ganz
a	Hatten Sie in der Zeit Ihrer Akutbehandlung das Gefühl, dass Ihnen seitens der Klinik, der Arztpraxis bzw. des Krankenhauses ausreichend Unterstützung angeboten wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Hatten Sie zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. Weitervermittlung alle Informationen, die sie brauchten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Wurden Ihre Wünsche bei der Planung Ihrer weiteren Behandlung nach der Entlassung bzw. Weitervermittlung berücksichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4	Wurden die Beschlüsse der Sie betreffenden Tumorkonferenz (Tumorboard) mit Ihnen diskutiert?
a	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht

5	Wurde Ihnen in dem Krankenhaus Ihrer Akutbehandlung eine psychoonkologische Beratung angeboten?
a	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht <input type="radio"/> ich war nicht im Krankenhaus
b	Falls ja , haben Sie eine psychoonkologische Beratung in Anspruch genommen?
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c	Falls ja , wie hilfreich empfanden sie die psychoonkologische Beratung?
	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> überhaupt nicht

6	Gab es in dem Krankenhaus Ihrer Akutbehandlung eine zentrale Ansprechperson (z.B. Onkolotsen), die Sie durch Ihre Behandlung und weitere Versorgung begleitet hat?
a	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht <input type="radio"/> ich war nicht im Krankenhaus
b	Falls ja , haben Sie Informationen von der Ansprechperson eingeholt?
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein


Angehörige und Freunde von Menschen mit Krebserkrankungen zählen wir zu den Mitbetroffenen. Daher befassen sich die nächsten Fragen mit der Situation Ihrer Angehörigen/nahestehenden Personen während Ihrer Versorgung.

7		sehr	ziemlich	mäßig	wenig	überhaupt nicht
	Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihre Angehörigen oder Ihnen nahestehende Personen in Ihre Behandlung eingebunden werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8		überhaupt nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	voll und ganz	trifft nicht zu
a	Hatten Sie in der Zeit Ihrer Akutbehandlung das Gefühl, dass Ihren Angehörigen oder nahestehenden Personen seitens der Klinik bzw. der Arztpraxis ausreichend Unterstützung angeboten wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Wurden die Wünsche Ihrer Familie oder nahestehenden Personen bei der Planung Ihrer weiteren Behandlung nach der Entlassung bzw. Weitervermittlung berücksichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die beiden folgenden Fragen beziehen sich nun auf Ihre **gesamte** Versorgung und nicht mehr nur auf die Akutbehandlung.

9	Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer bisherigen Versorgung insgesamt?
	<input type="radio"/> sehr zufrieden <input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> unzufrieden <input type="radio"/> sehr unzufrieden

10	Hatten oder haben Sie besondere Wünsche und Bedürfnisse an Ihre bisherige Versorgung? (Stichworte)
	

C – Selbsthilfeaktivität

Vielen Betroffenen hilft es, Unterstützung z. B. durch **Selbsthilfegruppen (SHG)** zu erfahren. Daher möchten wir durch die nachfolgenden Fragen besser verstehen, ob und welche Erfahrungen Sie mit Angeboten der Selbsthilfe gemacht haben.

1	Gab es, soweit Sie wissen, in dem Krankenhaus/in der Klinik einen Besuchsdienst einer SHG?
a	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht <input type="radio"/> ich war nicht im Krankenhaus (weiter mit Frage 2)
b	Falls ja , wurden Sie im Krankenhaus/in der Klinik über die Möglichkeit eines Besuchsdiensts einer SHG informiert?
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c	Falls ja , haben Sie den Besuchsdienst in Anspruch genommen?
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

2		ja	nein	weiß nicht
	Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus/in der Klinik über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer SHG informiert (mündlich und/oder schriftlich)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 Sind oder waren Sie selbst Mitglied einer **Krebs-Selbsthilfeorganisation** (Verein oder Bundesverband)?

nein, noch nie

ja, früher

ja, aktuell

4 Sind oder waren Sie selbst Mitglied einer **Krebs-Selbsthilfegruppe**?


Ich war noch *nie* Mitglied einer Krebs-Selbsthilfegruppe. (-> weiter mit Frage 6)

Ich war *früher* Mitglied einer Krebs-Selbsthilfegruppe von: |_|_|_|_| bis |_|_|_|_| (Jahr)

Ich bin *aktuell* Mitglied einer Krebs-Selbsthilfegruppe seit: |_|_|_|_| (Jahr)

5 Falls Sie Mitglied einer Krebs-SHG sind oder waren: Wie haben Sie von der SHG erfahren?


<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in der Krankenhäuser o. Rehakliniken	<input type="checkbox"/> Soziale Medien (Facebook, Twitter, Instagram)
<input type="checkbox"/> Niedergelassene/r Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Familie, Freunde, Bekannte
<input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> andere Betroffene
<input type="checkbox"/> Homepage des Landes- / Bundesverbandes	<input type="checkbox"/> Krebsberatungsstellen
<input type="checkbox"/> (Informations-)Veranstaltungen	<input type="checkbox"/> Selbsthilfekontaktstellen
<input type="checkbox"/> Flyer und Broschüren	<input type="checkbox"/> sonstige, und zwar:



6 Wir würden gerne Ihre Einschätzung zu Selbsthilfegruppen (SHG) *generell* erfahren, auch wenn Sie dort nicht Mitglied sind (oder waren). Wie sehr treffen die folgenden Aussagen für Sie zu?

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
a Ich brauche keine SHG, weil ich genug andere Menschen zum Reden habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Ich finde, dass SHG grundsätzlich sehr sinnvoll und hilfreich sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Ich persönlich würde mich in einer SHG unwohl fühlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Ich finde, SHG schaden mehr als sie nutzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Ich habe Sorgen, eine SHG aufzusuchen, weil dadurch meine Erkrankung bei anderen bekannt wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f Ich fürchte, dass mich die Teilnahme an einer SHG belasten würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g Ich brauche keine SHG, weil ich keine Probleme habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h Die Schicksale der anderen würden mich mutlos machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i Wahrscheinlich werde ich mich zu einem späteren Zeitpunkt einer SHG anschließen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j Ich könnte mir vorstellen, an einer Internet-SHG teilzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7 Haben Sie Anmerkungen / Kommentare zum Thema Selbsthilfegruppen? (Stichworte)



D – Gesundheitskompetenz

Der folgende Abschnitt enthält einen **Wissens-Test**, d. h. Sie werden gebeten, Fragen zu verschiedenen Themen einer Krebserkrankung zu beantworten. Einige Fragen sind bewusst sehr schwer, andere Fragen sind eher leicht. Überlegen Sie bitte nicht lange. Fragen Sie bitte auch keine andere Person und schlagen Sie nicht nach – das würde die Ergebnisse der Studie verfälschen. Falls Sie die Antwort auf eine Frage nicht wissen oder sich unsicher sind, wählen Sie bitte „weiß nicht“ aus. Ein Lösungsbogen mit den richtigen Antworten wird am Ende der Datenerhebung mit allen Patientinnen und Patienten auf der Projekt-Homepage zur Verfügung gestellt.

1 Ein Tumor im Stadium I bedeutet...
<input type="radio"/> kleine oder mittelgroße Tumoren
<input type="radio"/> Tumoren mit Metastasen
<input type="radio"/> Tumoren mit Lymphknotenbefall
<input type="radio"/> Tumoren mit Fernmetastasen
<input type="radio"/> weiß nicht

2 Ein Medikament erzielt eine Wirksamkeit bei 80% der Behandelten. Das heißt, bei wieviel Behandelten wirkt es demnach nicht ?
<input type="radio"/> 80 von 100
<input type="radio"/> 20 von 100
<input type="radio"/> 8 von 100
<input type="radio"/> 2 von 100
<input type="radio"/> weiß nicht

3 Sie haben gelesen, dass die Inzidenz von unerwünschten Nebenwirkungen 5% beträgt. Was bedeutet das?
<input type="radio"/> Bei der Mehrheit der Personen wird eine unerwünschte Nebenwirkung auftreten.
<input type="radio"/> Es besteht die Wahrscheinlichkeit, dass bei 5 von 100 Personen eine unerwünschte Nebenwirkung auftritt.
<input type="radio"/> Eine unerwünschte Nebenwirkung wird während 5 von 100 Tagen auftreten.
<input type="radio"/> Die Stärke der Nebenwirkungen liegt bei 5%.
<input type="radio"/> weiß nicht

4 Richtig oder falsch? Palliativmedizin zielt auf die Heilung einer Krebserkrankung ab.
<input type="radio"/> richtig
<input type="radio"/> falsch
<input type="radio"/> weiß nicht

5 Rebecca wurde wegen Brustkrebs (Stadium II) behandelt. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Krebserkrankung in den nächsten 10 Jahren zurückkommt, beträgt 10%. Wenn Rebecca ein neues Medikament einnimmt, reduziert sich diese Wahrscheinlichkeit um 30%. Bei wie vielen von 100 Frauen, die wie Rebecca das Medikament einnehmen, wird die Brustkrebserkrankung in den nächsten 10 Jahren wiederkehren?
<input type="radio"/> 3 von 100 Frauen
<input type="radio"/> 7 von 100 Frauen
<input type="radio"/> 10 von 100 Frauen
<input type="radio"/> 30 von 100 Frauen
<input type="radio"/> weiß nicht

6 Was versteht man unter einer Metastase?

- chirurgisches Verfahren
- wissenschaftliche Analyse
- Tochtergeschwulst
- Medikament
- weiß nicht

7 Was sind Zytostatika?

- chirurgische Verfahren
- gutartige Tumore
- Tochtergeschwülste
- tumorwirksame Medikamente
- weiß nicht

8 Was versteht man unter einer Koloskopie? Eine Untersuchung...

- des Magens
- des Gehirns
- des Blutes
- des Darms
- weiß nicht

9 Max geht zu einer Krebsfrüherkennung. Diese zeigt einen auffälligen Befund. Die nachfolgende Untersuchung zeigt jedoch, dass Max keinen Krebs hat. Wie bezeichnet man ein solches Früherkennungsergebnis?

- richtig positiv
- falsch positiv
- richtig negativ
- falsch negativ
- weiß nicht

10 Was meint der Begriff „adjuvante Therapie“?

- eine Behandlung vor dem eigentlichen Eingriff (z.B. OP)
- eine Behandlung, die direkt auf den Krebs abzielt
- eine reine Chemotherapie ohne OP
- eine weitere Behandlung nach der Primärtherapie (z.B. nach der Entfernung eines Tumors)
- weiß nicht

11 Wann sollte *in der Regel* eine Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB) bei Krebserkrankungen beginnen?

- nach Abschluss der Erstbehandlung (Primärtherapie)
- nach Abschluss der Zweitbehandlung (Sekundärtherapie)
- frühestens 8 Wochen nach Krankenhausentlassung
- frühestens 6 Monate nach Krankenhausentlassung
- weiß nicht

12 Wie lange haben gesetzlich Versicherte maximal Anspruch auf *Krankengeld*?

- 6 Wochen
- 24 Wochen
- 78 Wochen
- 2 Jahre
- weiß nicht

13 Wo kann ein (Schwer-)Behindertenausweis beantragt werden?

Hausarzt/-ärztin

Krankenhaus

Gesundheitsamt

Versorgungsamt

weiß nicht

14 Als Patient/in haben Sie das Recht auf ... ? Klicken Sie bitte **alle** Aussagen an, die zutreffen.

Einsichtnahme in die Befunde (z.B. CT-Aufnahmen, Arztbriefe)

Vernichtung Ihrer Daten, wenn Sie es verlangen

freie Arztwahl

freie Entscheidung Ihrer Therapie

eine Zweitmeinung durch einen anderen Arzt/eine andere Ärztin

E – Umgang mit der Erkrankung und Selbstmanagement

Jeder Mensch hat ein unterschiedliches Bedürfnis nach Information und geht anders mit einer Krebserkrankung um. Wir würden gerne besser verstehen, welche Wege Sie eventuell genutzt haben, um Informationen über Ihre Krankheit zu finden.

1 Wie stark haben Sie **Informationen aus dem Internet** genutzt, um sich über Ihre Krebserkrankung zu informieren?

fast ausschließlich überwiegend eher wenig gar nicht (-> weiter mit Frage 4)

2 Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, die Informationen aus dem Internet zu verstehen?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig


3 Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, seriöse von unseriösen Informationen im Internet zu unterscheiden?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

4 Welche der folgenden Informationsquellen kennen Sie und haben Sie eventuell genutzt, um sich über Ihre Krebserkrankung und dessen Behandlung zu **informieren**?

	kenne ich nicht	kenne ich, habe ich aber nicht genutzt	kenne ich und habe ich genutzt
a (Fach-)Literatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Patientenleitlinien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Gesetzestexte (z.B. Sozialgesetzbuch, Patientenrechtegesetz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d andere Betroffene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e sonstige, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 Welche der folgenden Institutionen kennen Sie und haben Sie eventuell genutzt, um sich über Ihre Krebserkrankung und dessen Behandlung zu **informieren**?

	kenne ich nicht	kenne ich, habe ich aber nicht genutzt	kenne ich und habe ich genutzt
a Krebsberatungsstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Krebsinformationsdienst (KID)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Krebsgesellschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Deutsche Krebshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f Krebs-Selbsthilfeorganisation oder -gruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g sonstige, und zwar: 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 Welche der von Ihnen genutzten Informationsquellen und Institutionen empfanden Sie besonders hilfreich?



7 Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie einfach/schwierig es Ihrer Einschätzung nach ist, mit Gesundheitsinformationen umzugehen.

Wie einfach/schwierig ist es Ihrer Meinung nach, ...	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig
a ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b ...zu verstehen, was Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen sagt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt/einer anderen Ärztin einholen sollten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt/die Ärztin gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 Wie häufig brauchen Sie **Hilfe von anderen Personen**, um medizinische Informationen (z.B. auf Beipackzetteln/Broschüren) zu verstehen?

- nie
 selten
 manchmal
 häufig
 immer

9. Nachstehend finden Sie einige Aussagen zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie diesen Aussagen zustimmen.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
a Letzten Endes bin ich derjenige, der dafür verantwortlich ist, für meine Gesundheit zu sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Das Wichtigste für meine Gesundheit ist, eine aktive Rolle in meiner Gesundheitsversorgung zu übernehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Ich bin überzeugt, dass ich selbst etwas unternehmen kann, um Krankheiten vorzubeugen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Ich weiß bei jedem meiner Medikamente, weshalb ich es nehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Ich bin überzeugt, zu wissen, wann ich zum Arzt/zur Ärztin gehen muss und wann ich ein Gesundheitsproblem selbst behandeln kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f Ich bin überzeugt, dass ich meinem Hausarzt/meiner Hausärztin meine Sorgen mitteilen kann, auch wenn er/sie mich nicht direkt darauf anspricht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g Ich bin überzeugt, dass ich die zu Hause notwendigen medizinischen Behandlungen selbst durchführen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h Ich kenne die Ursachen meiner Beschwerden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i Ich kenne verschiedene Behandlungsoptionen für meine Erkrankungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j Ich war bisher in der Lage, Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten – wie gesunde Ernährung und Bewegung – aufrechtzuerhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k Ich weiß, wie ich einer Verschlechterung meiner Gesundheit vorbeugen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l Ich bin überzeugt, Lösungen zu finden, wenn sich meine Gesundheit verschlechtert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m Ich bin überzeugt, dass ich Veränderungen meiner Lebensgewohnheiten - wie Diät und körperliche Bewegung - auch in stressigen Zeiten fortführen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Wer sollte Ihrer Meinung nach bei Erkrankungen, die Sie haben, die medizinischen Entscheidungen treffen?

<input type="radio"/> nur Sie selbst
<input type="radio"/> hauptsächlich Sie selbst
<input type="radio"/> Sie und Ihr Arzt/Ihre Ärztin
<input type="radio"/> hauptsächlich Ihr Arzt/Ihre Ärztin
<input type="radio"/> nur Ihr Arzt/Ihre Ärztin

11. Wie hoch schätzen Sie den **Einfluss folgender Aspekte auf die Entstehung von Krebserkrankungen** ein, d. h. wie stark sind diese eine Ursache für Krebs?

a Lebensstil / Verhalten:	gering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hoch
b Psyche und Persönlichkeit:	gering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hoch
c Umwelt- und Arbeitsfaktoren:	gering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hoch
d Soziales Umfeld:	gering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hoch
e Erbliche Faktoren:	gering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hoch

12 Haben Sie Anmerkungen / Kommentare zum Thema Umgang mit der Erkrankung? (Stichworte)



F – Soziale Unterstützung und Lebensqualität

In diesem Abschnitt geht es um die Unterstützung aus Ihrem sozialen Umfeld, um Ihr Verhältnis zu Freunden, Familie und Bekannten sowie verschiedene Aspekte des Lebens.

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Aussagen, die von anderen Personen mit Ihrer Krankheit für wichtig befunden wurden. Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede der Aussagen **im Laufe der letzten 7 Tage** auf Sie zugetroffen hat.

1 Körperliches Wohlbefinden	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
a Mir fehlt es an Energie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Mir ist übel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Wegen meiner körperlichen Verfassung habe ich Schwierigkeiten, den Bedürfnissen meiner Familie gerecht zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Ich habe Schmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Die Nebenwirkungen der Behandlung machen mir zu schaffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f Ich fühle mich krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g Ich muss zeitweilig im Bett bleiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2 Verhältnis zu Freunden, Bekannten und Ihrer Familie	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
a Ich stehe meinen Freunden nahe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Ich bekomme seelische Unterstützung von meiner Familie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Ich bekomme Unterstützung von meinen Freunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Meine Familie hat meine Krankheit akzeptiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Ich bin damit zufrieden, wie wir innerhalb meiner Familie über meine Krankheit reden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f Ich fühle mich meinem Partner/meiner Partnerin oder der Person, die mir am nächsten steht, eng verbunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g <i>Beantworten Sie bitte die folgende Frage unabhängig davon, inwieweit Sie zurzeit sexuell aktiv sind. Wenn Sie die Frage lieber nicht beantworten möchten, fahren Sie mit dem nächsten Abschnitt fort.</i>					
h Ich bin mit meinem Sexualleben zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 Seelisches Wohlbefinden	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
a Ich bin traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Ich bin damit zufrieden, wie ich meine Krankheit bewältige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Ich verliere die Hoffnung im Kampf gegen meine Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Ich bin nervös.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Ich mache mir Sorgen über den Tod.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Zustand verschlechtern wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 Funktionsfähigkeit	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
a Ich bin in der Lage zu arbeiten (einschließlich Arbeit zu Hause).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Meine Arbeit (einschließlich Arbeit zu Hause) füllt mich aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Ich kann mein Leben genießen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Ich habe mich mit meiner Krankheit abgefunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Ich schlafe gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f Ich kann meine Freizeit genießen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g Ich bin derzeit mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 Eine Krebserkrankung kann bei vielen Betroffenen **Sorgen** auslösen. Daher möchten wir Sie bitten, nachfolgend anzugeben, inwiefern Sie folgende Sorgen belasten.

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
a Es macht mir Angst, dass meine Erkrankung nach meiner Behandlung zurückkehren könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Ich habe Angst vor dem weiteren Krankheitsverlauf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?	<input type="radio"/> sehr stark	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> mittelmäßig	<input type="radio"/> weniger stark	<input type="radio"/> gar nicht
--	----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

7 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="radio"/> sehr unzufrieden	<input type="radio"/> unzufrieden	<input type="radio"/> weder noch	<input type="radio"/> zufrieden	<input type="radio"/> sehr zufrieden
--	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

8 Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="radio"/> sehr schlecht	<input type="radio"/> schlecht	<input type="radio"/> weder noch	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> sehr gut
--	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------	--------------------------------

G – Wirtschaftliche Situation

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre wirtschaftliche Situation im Zusammenhang mit Ihrer Krebserkrankung.

1				
a	Haben Sie einen (Schwer-)Behindertenausweis?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
b	Falls ja, welchen Grad der Behinderung (GdB) haben Sie?	GdB:	Merkzeichen:	
c			(falls vorhanden)	
2	Sind Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung in finanzielle Schwierigkeiten geraten?	<input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> ein wenig	<input type="radio"/> mäßig
		<input type="radio"/> ziemlich	<input type="radio"/> sehr	
3	Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt ? (Gemeint sind die gemeinsamen Einkünfte aller Haushaltsmitglieder aus Arbeit, Rente, Sozialhilfe, Vermietung, Kindergeld, Pflegeversicherung und anderen Quellen nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben)	<input type="radio"/> unter 1.000 €	<input type="radio"/> 3.000 € bis unter 3.500 €	
		<input type="radio"/> 1.000 € bis unter 1.500 €	<input type="radio"/> 3.500 € bis unter 4.000 €	
		<input type="radio"/> 1.500 € bis unter 2.000 €	<input type="radio"/> 4.000 € bis unter 4.500 €	
		<input type="radio"/> 2.000 € bis unter 2.500 €	<input type="radio"/> 4.500 € bis unter 5.000 €	
		<input type="radio"/> 2.500 € bis unter 3.000 €	<input type="radio"/> 5.000 € und mehr	

4 Wie hoch schätzen Sie die **Ausgaben** für privat von Ihnen bezahlte Leistungen im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung **in den letzten 12 Monaten** (z.B. Fahrtkosten, Hilfsmittel etc.)? (in €)



5 Haben Sie Anmerkungen / Kommentare zum Thema wirtschaftliche Situation? (Stichworte)



H – Religiosität / Spiritualität

Religiosität und spirituelles Wohlbefinden können die Krankheitsbewältigung beeinflussen und werden von Betroffenen häufig als wichtig empfunden, um besser mit einer Krebserkrankung umgehen zu können. Geben Sie im Folgenden bitte an, welche Aussagen über Religion und Spiritualität auf Sie zutreffen.

1 Als wie religiös / spirituell würden Sie sich selbst bezeichnen?

- gar nicht wenig mittel ziemlich sehr

2 Wie stark wirkt sich Ihr Glaube auf Ihren Umgang mit der Krankheit aus?

- gar nicht wenig mittel ziemlich sehr trifft nicht zu

3 Wurde Ihr Glaube in der Behandlung Ihrer Krebserkrankung berücksichtigt?

- gar nicht wenig mittel ziemlich sehr trifft nicht zu

4 Haben Sie Anmerkungen / Kommentare zum Thema Religiosität / Spiritualität? (Stichworte)



I – Corona

Das Gesundheitswesen ist durch die Ausbreitung des Corona-Virus und der damit verbundenen Lungenerkrankung SARS-CoV-2 zurzeit besonderen Belastungen ausgesetzt. Die dadurch hervorgerufenen Veränderungen in der Lebenssituation und der medizinischen Versorgung können insbesondere für Krebserkrankte zusätzliche Belastungen und Verunsicherungen bedeuten.

1 Wurde bei Ihnen eine Infektion mit dem Corona-Virus festgestellt?

- nein
 ja, leichte bis mäßige Symptome, häusliche Quarantäne
 ja, schwerwiegende Symptome, Krankenhausbehandlung
 ja, sehr schwere Symptome, intensivmedizinische Behandlung

2 Wurde(n) Ihre Behandlung(en) wegen COVID-19 verschoben?


- nein
 ja, weil ich es entschieden habe
 ja, weil die Behandler/innen es entschieden haben
 ja, weil ich und die Behandler/innen es entschieden haben

3	Wurde(n) geplante Therapie(n) wegen COVID-19 gegen andere ausgetauscht?
<input type="radio"/>	nein
<input type="radio"/>	ja, weil ich es entschieden habe
<input type="radio"/>	ja, weil die Behandler/innen es entschieden haben
<input type="radio"/>	ja, weil ich und die Behandler/innen es entschieden haben

4	Wurden Ihre Nachsorgetermine wegen COVID-19 abgesagt?
<input type="radio"/>	nein
<input type="radio"/>	ja, weil ich es entschieden habe
<input type="radio"/>	ja, weil die Behandler/innen es entschieden haben
<input type="radio"/>	ja, weil ich und die Behandler/innen es entschieden haben

5	Wurden psychosoziale oder psychoonkologische Unterstützungsangebote wegen COVID-19 abgesagt?
<input type="radio"/>	nein
<input type="radio"/>	ja, weil ich es entschieden habe
<input type="radio"/>	ja, weil die Behandler/innen es entschieden haben
<input type="radio"/>	ja, weil ich und die Behandler/innen es entschieden haben

6	Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
a	Ich habe große Angst vor einer möglichen (Neu-) Infektion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Ich habe mich ausführlich über COVID-19 und dessen Risiken informiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Ich fühle mich aufgrund der derzeitigen Situation ausgeliefert und ohnmächtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Ich weiß, wie ich mich in der derzeitigen Situation verhalten muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Ich habe Sorge, dass sich die Qualität meiner Versorgung durch die derzeitige Situation verschlechtert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7	Gibt es weitere Aspekte, die Ihnen hinsichtlich COVID-19 Sorgen bereiten? (Stichworte)
	

J – Soziodemografie






Wir möchten Ihnen zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

1	Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> divers
2	Wann sind Sie geboren?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM/JJJJ)		

3	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?	Anzahl Personen:
a	Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind Kinder unter 14 Jahren?	Anzahl Kinder:
4		
a	Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b	Falls ja, wohnt Ihr/e Partner/in im selben Haushalt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein


5	Wie ist Ihr Familienstand?	
	<input type="radio"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft, zusammenlebend	
	<input type="radio"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft, dauernd getrennt lebend	
	<input type="radio"/> ledig, war nie verheiratet	
	<input type="radio"/> geschieden / eingetragene Partnerschaft aufgehoben	
	<input type="radio"/> verwitwet / Lebenspartner/-in aus eingetragener Partnerschaft verstorben	
6	Wo leben Sie? Geben Sie bitte die ersten drei Ziffern Ihrer Postleitzahl an:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?	
	<input type="radio"/> ohne Schulabschluss abgegangen	<input type="radio"/> Fachhochschulreife/Abitur
	<input type="radio"/> Sonder-/Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="radio"/> Fachhochschul-/Hochschulabschluss
	<input type="radio"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife	<input type="radio"/> einen anderen Bildungsabschluss, und zwar:

8	Waren Sie vor Ihrer Krebsdiagnose erwerbstätig? (Mehrfachantwort möglich)	
	<u>Falls ja:</u>	<u>Falls nein:</u>
	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> in Elternzeit
	<input type="checkbox"/> freiberuflich/selbstständig	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann
	<input type="checkbox"/> verbeamtet	<input type="checkbox"/> Student/in
	Mit wieviel Std./Woche?	<input type="checkbox"/> Altersrente
		<input type="checkbox"/> Krankenstand/Erwerbsminderungsrente
	_____	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente
		<input type="checkbox"/> arbeitslos
		<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar:
9	Welchen Beruf üben Sie derzeit aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt? Geben Sie die genaue Berufsbezeichnung an, nicht den Ausbildungsabschluss oder Rang. 	

10 Was trifft auf Ihre derzeitige Situation zu? (Mehrfachantwort möglich)	
<input type="checkbox"/> ich bin erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ich beziehe eine Erwerbsminderungsrente
<input type="checkbox"/> berufliche Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> ich beziehe eine Altersrente
<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ich beziehe ALG II (Hartz IV)
<input type="checkbox"/> Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> ich lebe von meinen eigenen Rücklagen
<input type="checkbox"/> ich beziehe Krankengeld	<input type="checkbox"/> sonstiges
11 Hat Ihr/e Partner/in bzw. Angehörige/r seine/ihre Erwerbstätigkeit aufgrund Ihrer Krebserkrankung reduziert oder beendet?	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, reduziert
	<input type="radio"/> ja, beendet
12 Wie sind Sie krankenversichert?	
<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> gesetzlich mit privater Zusatzversicherung <input type="radio"/> privat (mit/ohne Beihilfe) <input type="radio"/> gar nicht	
13 In welchem Land sind Sie geboren?	
a	<input type="radio"/> Deutschland
	<input type="radio"/> in einem anderen Land, und zwar:  _____
b	Falls Sie nicht in Deutschland geboren sind, in welchem Jahr sind Sie nach Deutschland gekommen?
	 _____
14 Welche Staatsbürgerschaft/en haben Sie? (Mehrfachantwort möglich)	
<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> andere, und zwar: 
15 Aus welchem Land stammen Ihre Eltern?	
Mutter:	<input type="radio"/> aus Deutschland
	<input type="radio"/> aus einem anderen Land, und zwar: 
Vater:	<input type="radio"/> aus Deutschland
	<input type="radio"/> aus einem anderen Land, und zwar: 

Herzlichen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!

Haben Sie Anmerkungen oder Kommentare zu dieser Umfrage oder weitere Rückmeldungen?



Sobald die Studie abgeschlossen ist, finden Sie Ergebnisse auf unserer Projektwebsite unter www.uke.de/gesa. Hier können Sie sich ebenfalls für den Newsletter registrieren, um Ergebnisse der Studie per E-Mail zu erhalten.