



# Fragebogen zu Veränderungen am Brustkorb, dem Brustbein und/oder an den Rippen

Datum:

---

Name und Geburtsdatum Survivor:

---

Name Interviewer:

---

## Frage 1:

Haben Sie eine Veränderung am Brustkorb, an den Rippen oder am Brustbein?

**JA**

**Falls JA**, was für eine Veränderung/Veränderungen? Beschreiben Sie diese in Ihren eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

---

**NEIN**

**Nun würden wir gerne einige Fragen zu häufig genannten Veränderungen stellen:**

**Frage 2:**

Haben Sie Narben?

Falls **JA**, Wo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weiter mit Frage 2.1.

**NEIN**, weiter zu Frage 3

**Frage 2.1.:**

Ist dieses Problem vor oder nach der Krebserkrankung aufgetreten?

- vor der Krebsdiagnose
- während der Behandlung der Krebserkrankung
- nach der Behandlung der Krebserkrankung
- Ich weiss nicht mehr

Seit wann haben Sie diese Veränderung / dieses Problem ungefähr?

\_\_\_\_\_

**Frage 2.2.:**

Haben sie deswegen irgendwelche Beschwerden?

**JA**, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEIN**, überhaupt nicht

**Frage 2.3.:**

Stört es Sie kosmetisch / optisch?

**JA**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NEIN**

#### Frage 2.4.:

Haben sie auf Grund dieses Problems **Schmerzen**?

Falls **JA**, Wo: \_\_\_\_\_

**NEIN**

**Falls JA**, wie häufig haben Sie Schmerzen?

Beeinträchtigen Sie diese Schmerzen im täglichen Leben?

NEIN

JA

Falls JA, Wie? \_\_\_\_\_

Haben Sie auf Grund der Schmerzen schon **Schmerzmedikamente** eingenommen?

NEIN

JA

Haben Sie diese von einem Arzt verschrieben bekommen?

NEIN

JA

Was für ein Medikament? \_\_\_\_\_

Wie oft nehmen dieses ein?

#### Frage 2.5.:

Haben Sie den Eindruck, dass sie wegen dem Problem / der Veränderung weniger beweglich sind?

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

Probleme beim Sport oder anderen körperlich fordernden Sachen:

**NEIN**

**Frage 2.6.:**

Waren Sie deswegen schon einmal beim Arzt oder haben Sie das Problem bei einem Arzt angesprochen?

Falls **JA**, Was für ein Arzt?

**NEIN**

Hausarzt

Kinderonkologe

Onkologe

Hautarzt / Dermatologe

Anderer \_\_\_\_\_

**Wann?** \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

---

---

### Frage 3:

Haben sie eine Veränderung der Form des Brustkorbes?

Falls **JA**:

Falls Ja, Was? \_\_\_\_\_

Asymmetrie des Brustkorbes:

Ist Ihr Brustbein nach innen eingezogen?

Anderes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

→ Weiter mit Frage 3.1.

**NEIN**, weiter mit Frage 4

### Frage 3.1.:

Ist dieses Problem vor oder nach der Krebserkrankung aufgetreten?

vor der Krebsdiagnose

während der Behandlung der Krebserkrankung

nach der Behandlung der Krebserkrankung

Ich weiss nicht mehr

Seit wann haben Sie diese Veränderung / dieses Problem ungefähr?

\_\_\_\_\_

### Frage 3.2.:

Haben sie deswegen irgendwelche Beschwerden?

**JA**, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NEIN**, überhaupt nicht

### Frage 3.3.:

Stört es Sie kosmetisch / optisch?

**JA**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEIN**

### Frage 3.4.:

Haben sie auf Grund dieses Problems **Schmerzen**?

Falls **JA**, Wo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEIN**

**Falls JA**, wie häufig haben Sie Schmerzen?

\_\_\_\_\_

Beeinträchtigen Sie diese Schmerzen im täglichen Leben?

NEIN

JA

Falls JA, Wie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie auf Grund der Schmerzen schon **Schmerzmedikamente** eingenommen?

NEIN

JA

Haben Sie diese von einem Arzt verschrieben bekommen?

NEIN

JA

Was für ein Medikament? \_\_\_\_\_

Wie oft nehmen dieses ein?

\_\_\_\_\_

### Frage 3.5.:

Sind Sie wegen des Problems körperlich eingeschränkt? z.B. Dass Sie im Alltag oder wenn sie Sport machen schneller müde werden oder gewisse Dinge nicht tun können.

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten:

\_\_\_\_\_

Probleme beim Sport oder anderen körperlich anstrengenden Sachen:

\_\_\_\_\_

**NEIN**

**Frage 3.6.:**

Haben Sie das Gefühl, dass sie wegen des Problems manchmal Mühe mit der Atmung haben?

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

---

Probleme beim Sport oder anderen körperlich anstrengenden Sachen

---

**NEIN**

**Frage 3.7.:**

Haben Sie den Eindruck, dass sie wegen dem Problem / der Veränderung weniger beweglich sind?

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

---

Probleme beim Sport oder anderen körperlich fordernden Sachen:

---

**NEIN**

**Frage 3.8.:**

Waren Sie deswegen schon einmal beim Arzt oder haben Sie das Problem bei einem Arzt angesprochen?

Falls **JA**, Was für ein Arzt?

**NEIN**

Hausarzt

Kinderonkologe

Onkologe

Orthopäde

Anderer \_\_\_\_\_

**Wann?** \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

---

---

**Frage 3.9.:**

Haben sie auf Grund dieses Problems schon **Untersuchungen** gehabt?

Falls **JA**,

**NEIN**

**Welche?**

- Röntgenbild des Brustkorbes
- Computertomographie des Brustkorbes
- Magnetresonanztomographie des Brustkorbes
- Lungenfunktionsmessung

Andere: \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frage 3.10.:**

Wurden sie auf Grund des genannten Problems bereits operiert oder ist eine Operation geplant?

**JA**

**NEIN**

Was? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frage 3.11.:**

Waren Sie auf Grund dieses Problems in **Physiotherapeutischer** Behandlung?

**JA**

**NEIN**, weiter zu Frage 20

Von wann bis wann? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Jahre)

Welcher Arzt hat Ihnen die Physiotherapie verschrieben?

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Frage 4:

Haben Sie eine Veränderung der Wirbelsäule?

- Falls **JA**, Was?
  - Seitliche Verkrümmung der WS (Skoliose)
  - Verkrümmung der WS nach hinten, ein sogenannter Rundrücken oder Buckel (Kyphose)
  - Verstärktes hohles Kreuz (Lordose)
  - Andere: \_\_\_\_\_
- Weiter mit Frage 4.1.
  
- NEIN**, weiter mit Frage 5

#### Frage 4.1.:

Ist dieses Problem vor oder nach der Krebserkrankung aufgetreten?

- vor der Krebsdiagnose
- während der Behandlung der Krebserkrankung
- nach der Behandlung der Krebserkrankung
- Ich weiss nicht mehr

Seit wann haben Sie diese Veränderung / dieses Problem ungefähr?

\_\_\_\_\_

#### Frage 4.2.:

Haben sie deswegen irgendwelche Beschwerden?

- JA**, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- NEIN**, überhaupt nicht

#### Frage 4.3.:

Stört es Sie kosmetisch / optisch?

- JA**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- NEIN**

#### Frage 4.4.:

Haben sie auf Grund dieses Problems **Schmerzen**?

Falls **JA**, Wo: \_\_\_\_\_

**NEIN**

**Falls JA**, wie häufig haben Sie Schmerzen?

Beeinträchtigen Sie diese Schmerzen im täglichen Leben?

NEIN

JA

Falls JA, Wie? \_\_\_\_\_

Haben Sie auf Grund der Schmerzen schon **Schmerzmedikamente** eingenommen?

NEIN

JA

Haben Sie diese von einem Arzt verschrieben bekommen?

NEIN

JA

Was für ein Medikament? \_\_\_\_\_

Wie oft nehmen dieses ein?

#### Frage 4.5.:

Sind Sie wegen des Problems körperlich eingeschränkt? z.B. Dass Sie im Alltag oder wenn sie Sport machen schneller müde werden oder gewisse Dinge nicht tun können.

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

Probleme beim Sport oder anderen körperlich fordernden Sachen:

**NEIN**

**Frage 4.6.:**

Haben Sie das Gefühl, dass sie wegen des Problems manchmal Mühe mit der Atmung haben?

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

---

Probleme beim Sport oder anderen körperlich anstrengenden Sachen

---

**NEIN**

**Frage 4.7.:**

Haben Sie den Eindruck, dass sie wegen dem Problem / der Veränderung weniger beweglich sind?

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

---

Probleme beim Sport oder anderen körperlich fordernden Sachen

---

**NEIN**

**Frage 4.8.:**

Waren Sie deswegen schon einmal beim Arzt oder haben Sie das Problem bei einem Arzt angesprochen?

Falls **JA**, Was für ein Arzt?

**NEIN**

Hausarzt

Kinderonkologe

Onkologe

Orthopäde

Anderer \_\_\_\_\_

**Wann?** \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

---

---

**Frage 4.9.:**

Haben sie auf Grund dieses Problems schon **Untersuchungen** gehabt?

- Falls **JA**,  **NEIN**

**Welche?** \_\_\_\_\_

- Röntgenbild des Brustkorbes
- Computertomographie des Brustkorbes
- Magnetresonanztomographie des Brustkorbes
- Lungenfunktionsmessung
- Andere: \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frage 4.10.:**

Wurden sie auf Grund des genannten Problems bereits operiert oder ist eine Operation geplant?

- JA**  **NEIN**

Was? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frage 4.11.:**

Waren Sie auf Grund dieses Problems in **Physiotherapeutischer** Behandlung?

- JA**  **NEIN**, weiter zu Frage 20

Von wann bis wann? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Jahre)

Welcher Arzt hat Ihnen die Physiotherapie verschrieben?

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Frage 5:

Haben sie Veränderungen der Rippen?

Falls **JA**, Was?

teilweise oder ganz fehlende Rippen

Andere: \_\_\_\_\_

→ Weiter mit Frage 5.1.

**NEIN**, weiter mit Frage 6

### Frage 5.1.:

Ist dieses Problem vor oder nach der Krebserkrankung aufgetreten?

vor der Krebsdiagnose

während der Behandlung der Krebserkrankung

nach der Behandlung der Krebserkrankung

Ich weiss nicht mehr

Seit wann haben Sie diese Veränderung / dieses Problem ungefähr?

\_\_\_\_\_

### Frage 5.2.:

Haben sie deswegen irgendwelche Beschwerden?

**JA**, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEIN**, überhaupt nicht

### Frage 5.3.:

Stört es Sie kosmetisch / optisch?

**JA**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEIN**

#### Frage 5.4.:

Haben sie auf Grund dieses Problems **Schmerzen**?

Falls **JA**, Wo: \_\_\_\_\_

**NEIN**

**Falls JA**, wie häufig haben Sie Schmerzen?

Beeinträchtigen Sie diese Schmerzen im täglichen Leben?

NEIN

JA

Falls JA, Wie? \_\_\_\_\_

Haben Sie auf Grund der Schmerzen schon **Schmerzmedikamente** eingenommen?

NEIN

JA

Haben Sie diese von einem Arzt verschrieben bekommen?

NEIN

JA

Was für ein Medikament? \_\_\_\_\_

Wie oft nehmen dieses ein?

#### Frage 5.5.:

Sind Sie wegen des Problems körperlich eingeschränkt? z.B. Dass Sie im Alltag oder wenn sie Sport machen schneller müde werden oder gewisse Dinge nicht tun können.

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten:

Probleme beim Sport oder anderen körperlich anstrengenden Sachen:

**NEIN**

**Frage 5.6.:**

Haben Sie das Gefühl, dass sie wegen des Problems manchmal Mühe mit der Atmung haben?

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

---

Probleme beim Sport oder anderen körperlich anstrengenden Sachen

---

**NEIN**

**Frage 5.7.:**

Haben Sie den Eindruck, dass sie wegen dem Problem / der Veränderung weniger beweglich sind?

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

---

Probleme beim Sport oder anderen körperlich fordernden Sachen:

---

**NEIN**

**Frage 5.8:**

Waren Sie deswegen schon einmal beim Arzt oder haben Sie das Problem bei einem Arzt angesprochen?

Falls **JA**, Was für ein Arzt?

**NEIN**

Hausarzt

Kinderonkologe

Onkologe

Orthopäde

Anderer \_\_\_\_\_

**Wann?** \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

---

---

**Frage 5.9.:**

Haben sie auf Grund dieses Problems schon **Untersuchungen** gehabt?

- Falls **JA**,  **NEIN**

**Welche?** \_\_\_\_\_

- Röntgenbild des Brustkorbes
- Computertomographie des Brustkorbes
- Magnetresonanztomographie des Brustkorbes
- Lungenfunktionsmessung
- Andere: \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frage 5.10.:**

Wurden sie auf Grund des genannten Problems bereits operiert oder ist eine Operation geplant?

- JA**  **NEIN**

Was? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frage 5.11.:**

Waren Sie auf Grund dieses Problems in **Physiotherapeutischer** Behandlung?

- JA**  **NEIN**, weiter zu Frage 20

Von wann bis wann? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Jahre)

Welcher Arzt hat Ihnen die Physiotherapie verschrieben?

Name und Adresse Arzt/Spital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Frage 6:

Veränderungen der Brust?

Falls **JA**, Was? \_\_\_\_\_

---

---

→ Weiter mit Frage 6.1.

**NEIN**, weiter mit Frage 7

### Frage 6.1.:

Ist dieses Problem vor oder nach der Krebserkrankung aufgetreten?

- vor der Krebsdiagnose
- während der Behandlung der Krebserkrankung
- nach der Behandlung der Krebserkrankung
- Ich weiss nicht mehr

Seit wann haben Sie diese Veränderung / dieses Problem ungefähr?

---

### Frage 6.2.:

Haben sie deswegen irgendwelche Beschwerden?

**JA**, welche:

---

---

---

---

**NEIN**, überhaupt nicht

### Frage 6.3.:

Stört es Sie kosmetisch / optisch?

**JA**: \_\_\_\_\_

---

---

**NEIN**

#### Frage 6.4.:

Haben sie auf Grund dieses Problems **Schmerzen**?

Falls **JA**, Wo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEIN**

**Falls JA**, wie häufig haben Sie Schmerzen?

\_\_\_\_\_

Beeinträchtigen Sie diese Schmerzen im täglichen Leben?

NEIN

JA

Falls JA, Wie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie auf Grund der Schmerzen schon **Schmerzmedikamente** eingenommen?

NEIN

JA

Haben Sie diese von einem Arzt verschrieben bekommen?

NEIN

JA

Was für ein Medikament? \_\_\_\_\_

Wie oft nehmen dieses ein?

\_\_\_\_\_

#### Frage 6.5.:

Haben Sie den Eindruck, dass sie wegen dem Problem / der Veränderung weniger beweglich sind?

Falls **JA**, bei was?

Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten

\_\_\_\_\_

Probleme beim Sport oder anderen körperlich fordernden Sachen:

\_\_\_\_\_

**NEIN**

**Frage 6.6.:**

Waren Sie deswegen schon einmal beim Arzt oder haben Sie das Problem bei einem Arzt angesprochen?

Falls **JA**, Was für ein Arzt?

**NEIN**

Hausarzt

Kinderonkologe

Onkologe

Gynäkologe (Frauenarzt)

Anderer \_\_\_\_\_

**Wann?** \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

---

---

**Frage 6.7.:**

Haben sie auf Grund dieses Problems schon **Untersuchungen** gehabt?

Falls **JA**,

**NEIN**

**Welche?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

---

---

**Frage 6.8.:**

Wurden sie auf Grund des genannten Problems bereits operiert oder ist eine Operation geplant?

**JA**

**NEIN**

Was? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Name und Adresse Arzt/Spital:

---

---

**Frage 7:**

Haben Ihre Mutter, Ihr Vater oder Ihre Geschwister Veränderungen am Brustkasten und/oder an den Rippen?

**JA**

**NEIN**

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Geschwister 1: \_\_\_\_\_

Geschwister 2: \_\_\_\_\_

Geschwister 3: \_\_\_\_\_

**Frage 8:**

**Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt.**

Haben Sie noch etwas, worüber sie gerne sprechen würden oder eine Anmerkung?

**JA**

**NEIN**

---

---

---

---

---

---

**Kontakterlaubnis:** Dürfen wir die von Ihnen genannten Ärzte / Spitäler kontaktieren und um die Unterlagen zu Ihrer Erkrankung bitten?

- JA             NEIN

Bitte unterschreiben Sie die beiliegende **schriftliche Einverständniserklärung** und schicken Sie diese mit dem Fragebogen an uns zurück.

Alle erhaltenen Informationen werden im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht absolut vertraulich behandelt.