

## Allgemeine personenbezogene Daten

### Teilnehmerin

|   |  |
|---|--|
| Geburtsdatum<br>(Monat/Jahr)                              | ____ / _____   |
| Familienstand   | <input type="checkbox"/> Ledig<br><input type="checkbox"/> Verheiratet<br><input type="checkbox"/> Eheähnliche Gemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> Verwitwet<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                                |
| Schulbildung  | <input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss<br><input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule<br><input type="checkbox"/> Mittlere Reife<br><input type="checkbox"/> (Fach-)Abitur<br><input type="checkbox"/> Fachhochschule/Universität<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| Erwerbstätigkeit vor Erkrankung                           | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja: _____<br>Wenn ja: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit  |
| Tumorart  | <input type="checkbox"/> Brustkrebs<br><input type="checkbox"/> Gebärmutterhalskrebs<br><input type="checkbox"/> Eierstockkrebs<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____   |
| Diagnosezeitpunkt   | _____  |
| Therapie  | <input type="checkbox"/> Operative Therapie<br><input type="checkbox"/> Chemotherapie<br><input type="checkbox"/> Strahlentherapie<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____  |
| Psychoonkologische oder<br>Psychotherapeutische Betreuung | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein   |

### Kind

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Anzahl der Kinder             | _____  |
| Alter der Kinder bei Diagnose | Erstes Kind: _____<br>Zweites Kind: _____<br>Drittes Kind: _____ |
| Geschlecht                    | Erstes Kind: _____<br>Zweites Kind: _____<br>Drittes Kind: _____ |