

Allgemeine personenbezogene Daten

Teilnehmerin

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

Kind

Anzahl der Kinder	_____
Alter der Kinder bei Diagnose	Erstes Kind: _____ Zweites Kind: _____ Drittes Kind: _____
Geschlecht	Erstes Kind: _____ Zweites Kind: _____ Drittes Kind: _____