



## CharitéCentrum für Tumormedizin

Charité | Campus Mitte | 10117 Berlin

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt  
Onkologie, Hämatologie und Tumorimmunologie (CCM)

Standort Charité Campus Mitte  
Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. Sebastian Stintzing

Studienarzt: Prof. Dr. med. Philipp le Coutre  
Tel.: (030) 450 665 307  
E-Mail: philipp.lecoutre@charite.de

Doktorandin: Nadine Lackamp  
E-Mail: nadine.lackamp@charite.de

### English translation of the study questionnaire:

### **Fragebogen für Patienten (*Questionnaire for patients*)**

#### 1. Fragen zu Ihrer Person (Personal data)

Name: \_\_\_\_\_

(Name)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(Date of birth)

Adresse: \_\_\_\_\_

(Mailing address) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

(Phone number) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(E-Mail address) \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

(Occupation) \_\_\_\_\_

#### 2. Fragen zur Spermienkonservierung (Questions related to sperm cryopreservation)

##### **2.1 Haben Sie in der Vergangenheit Spermien konservieren lassen?**

**(Did you cryopreserve sperm in the past?)**

ja, Datum/Daten (Yes, date/s): \_\_\_\_\_

nein (falls zutreffend bitte direkt zu 3.) (No)

##### **2.2 Wie häufig haben Sie Spermien einfrieren lassen?**

**(How often did you cryopreserve sperm?)**

Name: \_\_\_\_\_

1x                     mehrmals (*more than once*)

### 2.3 Was war der Grund der Spermienkonservierung?

(*What was the reason for the sperm cryopreservation?*)

- Chemotherapie (falls zutreffend bitte 2.3.1 angeben) (*Chemotherapy*)  
 Bestrahlung (falls zutreffend bitte 2.3.2 angeben) (*Radiotherapy*)  
 Stammzelltransplantation (falls zutreffend bitte 2.3.3 angeben) (*Stem cell transplantation*)  
 Hodenentfernung (falls zutreffend bitte 2.3.4 und 2.3.5 angeben) (*Orchiectomy*)  
 andere Operation: \_\_\_\_\_ (falls zutreffend bitte 2.3.6 angeben) (*Other surgery*)  
 Kinderwunsch bei Unfruchtbarkeit (falls zutreffend bitte weiter zu 2.4) (*Infertility and wish to have a child*)  
 sonstiger Grund: \_\_\_\_\_ (falls zutreffend bitte weiter zu 2.4) (*Other reason*)

#### 2.3.1 Wann war die Spermienkonservierung in Bezug auf die Chemotherapie?

(*When was the sperm cryopreservation in relation to the chemotherapy?*)

- vor Chemotherapie (*Before chemotherapy*)             während der Chemotherapie  
(*During chemotherapy*)                                     nach Beendigung der  
Chemotherapie (*After chemotherapy*)  
 Datum der 1. Chemotherapie (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_ (*Date of 1<sup>st</sup> chemotherapy*)

#### 2.3.2 Wann war die Spermienkonservierung in Bezug auf die Bestrahlung?

(*When was the sperm cryopreservation in relation to the radiotherapy?*)

- vor Bestrahlung (*Before radiotherapy*)             während der Bestrahlung  
(*During radiotherapy*)                                     nach Beendigung der  
Bestrahlung (*After radiotherapy*)  
 Datum der 1. Bestrahlung (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_ (*Date of 1<sup>st</sup> radiotherapy*)

#### 2.3.3 Wann war die Spermienkonservierung in Bezug auf die Stammzelltransplantation?

(*When was the sperm cryopreservation in relation to the stem cell transplantation?*)

- vor Stammzelltransplantation (*Before stem cell transplantation*)             nach  
Stammzelltransplantation (*After stem cell transplantation*)  
 Datum der Stammzelltransplantation (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_  
(*Date of stem cell transplantation*)

Name: \_\_\_\_\_

2.3.4 Wann war die Spermienkonservierung in Bezug auf die Hodenoperation?

(*When was the sperm cryopreservation in relation to the orchectomy?*)

- vor Hodenoperation (*Before orchectomy*)       nach Hodenoperation (*After orchectomy*)
- Datum der Hodenoperation (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_ (*Date of orchectomy*)

2.3.5 Welcher Hoden wurde entfernt? (*Which testicle was removed?*)

- Hodenentfernung links (*Left orchectomy*)       Hodenentfernung rechts (*Right orchectomy*)
- Hodenentfernung beidseits (*Orchiectomy on both sides*)

2.3.6 Wann war die Spermienkonservierung in Bezug auf die Operation?

(*When was the sperm cryopreservation in relation to the surgery?*)

- vor Operation (*Before surgery*)       nach Operation (*After surgery*)
- Datum der Operation (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_ (*Date of surgery*)

## **2.4 Haben Sie Ihre konservierten Spermien zu einem späteren Zeitpunkt abgeholt?**

(*Did you request your cryopreserved sperm afterwards?*)

- ja, Datum der Abholung: \_\_\_\_\_ (*Yes, date of the request*)

2.4.1 Wurden mit den Spermien Kinder gezeugt? (*Did you father children with the sperm?*)

- ja, Anzahl: \_\_\_\_\_ (*Yes, number of children*)     nein (*No*)
- Versuch leider erfolglos (*Attempts remained unsuccessful*)
- nein, Spermien wurden nicht abgeholt (*No, I did not request my sperm*)
- Nutzung der Spermien nicht geplant (*Usage of sperm not planned*)
- Nutzung der Spermien in Zukunft geplant (*Usage of sperm planned in the future*)

## 3. Fragen zur Krankengeschichte (Questions related to medical history)

### **3.1 Haben Sie aufgrund einer Erkrankung oder deren Therapie Ihre Spermien einfrieren lassen? (*Did you undergo sperm cryopreservation because of a disease or disease treatment?*)**

- ja (Yes)       nein (falls zutreffend bitte direkt zu 4.) (No)

Name: \_\_\_\_\_

**3.2 Bitte kreuzen Sie die für die Spermieninfrierung relevante Erkrankung an.**

**(Please specify the relevant disease.)**

- Hodenkrebs (*Testicular cancer*)
- Leukämie (*Leukemia*)
  - Akute myeloische Leukämie (*Acute myeloid leukemia*)  Chronische myeloische Leukämie (*Chronic myeloid leukemia*)
  - Akute lymphatische Leukämie (*Acute lymphocytic leukemia*)
  - Chronische lymphatische Leukämie (*Chronic lymphocytic leukemia*)
- Lymphom (*Lymphoma*)
  - Morbus Hodgkin (*Hodgkin's lymphoma*)  B-Zell Non-Hodgkin Lymphom (*B-cell non-Hodgkin lymphoma*)
  - T-Zell Non-Hodgkin Lymphom (*T-cell non-Hodgkin lymphoma*)
  - Burkitt-Lymphom (*Burkitt lymphoma*)
  - andere Art des Lymphoms (*Other type of lymphoma*)
- Darmkrebs (*Gastrointestinal cancer*)
- Sarkom, Art des Sarkoms: \_\_\_\_\_  
*(Sarcoma, type of sarcoma)*
- andere Krebserkrankung: \_\_\_\_\_ *(Other type of cancer)*
- andere Erkrankung: \_\_\_\_\_ *(Other disease)*

**3.3 Wann wurde die Erkrankung zum ersten Mal diagnostiziert?**

**(When was the disease first diagnosed?)**

Monat/Jahr: \_\_\_\_\_ *(Month/year)*

**3.4 Mit welcher Therapie/Therapien wurde die Erkrankung behandelt?**

**(Which treatment/s did you receive?)**

- Chemotherapie, verwendete Chemotherapeutika: *(Chemotherapy, used agents)*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Operation: \_\_\_\_\_ *(Surgery)*
- Bestrahlung (*Radiotherapy*)
  - Ganzkörperbestrahlung (*Total body irradiation*)  lokale Bestrahlung  
*(Local irradiation)*

Name: \_\_\_\_\_

andere Therapie: \_\_\_\_\_ (*Other treatment*)

**3.5 Ist die Erkrankung nach der ersten Therapie erneut aufgetreten?**

(*Did you suffer from disease relapses?*)

ja, Monat/Jahr des Rezidivs: \_\_\_\_\_ (*Yes, month/year of the relapse*)

nein (*No*)

**3.6 Leiden Sie noch heute an dieser Erkrankung?**

(*Do you suffer from the disease currently?*)

ja (*Yes*)       nein (*No*)

**4. Fragen zur Familie (*Questions related to the family*)**

**4.1 Familienstand (*Family status*)**

ledig (*Single*)       in Partnerschaft lebend (*In partnership*)

verheiratet (*Married*)       verwitwet (*Widowed*)       anderes (*Other*)

**4.2 Haben Sie Kinder? (*Do you have children?*)**

ja, Anzahl: \_\_\_\_\_ (*Yes, number*)       Partnerin schwanger (*Pregnant partner*)

nein (*No*)

**4.3 Bitte füllen Sie die Tabelle bezüglich Ihrer Kinder aus (bei mehr als 4 Kindern bitte Tabelle auf Rückseite des Fragebogens erweitern).**

(*Please complete the following table.*)

	Kind 1 ( <i>Child 1</i> )	Kind 2 ( <i>Child 2</i> )	Kind 3 ( <i>Child 3</i> )	Kind 4 ( <i>Child 4</i> )
<b>Geburtsdatum</b> <i>(Date of birth)</i>				
<b>Geschlecht</b> <i>(Gender)</i>	<input type="checkbox"/> männlich ( <i>Male</i> ) <input type="checkbox"/> weiblich ( <i>Female</i> ) <input type="checkbox"/> divers ( <i>Non-binary</i> )	<input type="checkbox"/> männlich ( <i>Male</i> ) <input type="checkbox"/> weiblich ( <i>Female</i> ) <input type="checkbox"/> divers ( <i>Non-binary</i> )	<input type="checkbox"/> männlich ( <i>Male</i> ) <input type="checkbox"/> weiblich ( <i>Female</i> ) <input type="checkbox"/> divers ( <i>Non-binary</i> )	<input type="checkbox"/> männlich ( <i>Male</i> ) <input type="checkbox"/> weiblich ( <i>Female</i> ) <input type="checkbox"/> divers ( <i>Non-binary</i> )
<b>Leiblich/nicht</b>	<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> leiblich

Name: \_\_\_\_\_

<b>leiblich (Biological/not biological)</b>	<i>(Biological)</i> <input type="checkbox"/> nicht leiblich ( <i>Not biological</i> )			
<b>Art der Zeugung des Kindes (Type of reproduction)</b>	<input type="checkbox"/> natürlich ( <i>Natural</i> ) <input type="checkbox"/> künstliche Befruchtung mit konservierten Spermien ( <i>Fertilization with cryopreserved sperm</i> ) <input type="checkbox"/> andere ( <i>Other</i> )	<input type="checkbox"/> natürlich ( <i>Natural</i> ) <input type="checkbox"/> künstliche Befruchtung mit konservierten Spermien ( <i>Fertilization with cryopreserved sperm</i> ) <input type="checkbox"/> andere ( <i>Other</i> )	<input type="checkbox"/> natürlich ( <i>Natural</i> ) <input type="checkbox"/> künstliche Befruchtung mit konservierten Spermien ( <i>Fertilization with cryopreserved sperm</i> ) <input type="checkbox"/> andere ( <i>Other</i> )	<input type="checkbox"/> natürlich ( <i>Natural</i> ) <input type="checkbox"/> künstliche Befruchtung mit konservierten Spermien ( <i>Fertilization with cryopreserved sperm</i> ) <input type="checkbox"/> andere ( <i>Other</i> )
<b>Geburtsgewicht (Birth weight)</b>	_____ g	_____ g	_____ g	_____ g
<b>Geburtsgröße (Height at birth)</b>	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
<b>Komplikationen während der Geburt (Events during birth)</b>	<input type="checkbox"/> nein (No) <input type="checkbox"/> ja (Yes)			
<b>Gesundheitszustand des Kindes heute (Current health status of the child)</b>	<input type="checkbox"/> gesund, normal entwickelt ( <i>Healthy, normally developing</i> ) <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> erkrankt ( <i>Diseased</i> ): <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> verstorben ( <i>Deceased</i> )	<input type="checkbox"/> gesund, normal entwickelt ( <i>Healthy, normally developing</i> ) <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> erkrankt ( <i>Diseased</i> ): <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> verstorben ( <i>Deceased</i> )	<input type="checkbox"/> gesund, normal entwickelt ( <i>Healthy, normally developing</i> ) <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> erkrankt ( <i>Diseased</i> ): <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> verstorben ( <i>Deceased</i> )	<input type="checkbox"/> gesund, normal entwickelt ( <i>Healthy, normally developing</i> ) <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> erkrankt ( <i>Diseased</i> ): <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> verstorben ( <i>Deceased</i> )
<b>Geburtsdatum der Mutter (Date of birth of mother)</b>				

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**