



International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO, Version for 2019-covid-expanded.

<b>A</b>	<p>Agranulocytosis (D70) Anal carcinoma (C21) Anaemia - Aplastic (D60 – D61) Anaemia - Fanconi (D61.0) Angiosarcoma (C22.3)</p>	<b>N</b>	<p>Nasopharyngeal carcinoma (C11) Nebennierenkrebs → <b>Adrenocortical carcinoma</b> Nephritis / Glomerulonephritis (N05) Nephroblastoma → <b>Wilms' tumour</b> Non-Hodgkin lymphoma (C82 – C88)</p>
<b>B</b>	<p>Blasenmole → <b>Trophoblastic disease</b> <b>Brain cancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Astrocytoma (C71.9)</li> <li>▪ Ependymoma (C71.9)</li> <li>▪ Glioblastoma (C71.9)</li> <li>▪ Oligodendroglioma (C71.9)</li> <li>▪ Medulloblastoma (C71.6)</li> <li>▪ other (C71)</li> </ul> <p><b>Breast cancer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ benign BRCA positive (Z15.01)</li> <li>▪ hormone receptor positive (Z17.0)</li> <li>▪ hormone receptor negative (Z17.1)</li> <li>▪ hormone receptor status not known (Z17)</li> <li>▪ other (C50)</li> </ul> <p>Burkitt lymphoma (C83.7)</p>	<b>O</b>	<p>Osteosarcoma (C41.9) <b>Ovary (C56):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ borderline malignancy</li> <li>▪ teratoma benign</li> <li>▪ teratoma malignant</li> <li>▪ other</li> </ul>
<b>C</b>	<p>Cervix uteri carcinoma (C53) Chondrosarcoma (C41.9) Colitis ulcerosa → <b>Ulcerative colitis</b> Colon carcinoma (C18) Crohn disease (K50)</p>	<b>P</b>	<p>Pancreatic cancer (C25) Placenta cancer (C58.9; D39.2) → <b>Trophoblastic disease</b> Pleomorphic undifferentiated sarcoma → <b>Undifferentiated pleomorphic sarcoma</b> Polyarteritis nodosa (M30) Polychondritis (M94.8) Polymyositis (M33) Premature ovarian insufficiency (E28.3) Prostate cancer (C61)</p>
<b>D</b>	<p>Dermatomyositis (M33)</p>	<b>R</b>	<p>Rectal cancer (C20) Rectosigmoid junction cancer (C19) Renal cell carcinoma → <b>Kidney cancer</b> Rhabdomyosarcoma (C49.9) Rheumatoid arthritis (M05 – M06, M08)</p>
<b>E</b>	<p>Endometrial carcinoma (C54) Endometriosis (N80) Ewing sarcoma (C40-C41)</p>	<b>S</b>	<p>Schilddrüsenkrebs → <b>Thyroid cancer</b> Sharp syndrome → <b>Mixed connective tissue disease</b> Sickle cell disease (D57) Sigmakarzinom → <b>Colon carcinoma</b> Sjögren (Sicca) syndrome (M35) Stomach cancer (C16) Synovial sarcoma (C49.9) Systemic sclerosis (including: Scleroderma) (M34)</p>
<b>F</b>	<p>Fibrosarcoma (C49.9) Fragile X syndrome (Q99.2)</p>	<b>T</b>	<p>Takayasu arteritis (Aortic arch syndrome) (M31.4) <b>Testicular cancer (C62):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ seminoma</li> <li>▪ non seminomatous germ cell tumour - teratoma</li> <li>▪ non seminomatous germ cell tumour - embryonal carcinoma</li> <li>▪ non seminomatous germ cell tumour - yolk sac carcinoma</li> <li>▪ stromal tumour - Leydig cell tumour</li> <li>▪ stromal tumour - Sertoli cell tumour</li> <li>▪ other histological types</li> </ul> <p>Thalassemia (D56) Thyroid cancer (C73) Transgender (F64) Trophoblastic disease (O01.9) Turner syndrome (Q96)</p>
<b>G</b>	<p>Galactosemia (E74.2) Germ cell tumour - extragonadal (ICD-O-3 M906-909)</p>	<b>U</b>	<p>Ulcerative colitis (K51) Undifferentiated pleomorphic sarcoma (C49)</p>
<b>H</b>	<p>Hodgkin lymphoma (C81)</p>	<b>V</b>	<p>Vasculitis limited to skin (L95) Vulva carcinoma (C51)</p>
<b>I</b>	<p>Immune thrombocytopenia (D69)</p>	<b>W</b>	<p>Wegener granulomatosis (M31.3) Wilms' tumour (Kidney cancer in children) (C64)</p>
<b>K</b>	<p>Keimzelltumor → <b>Germ cell tumour</b> Kidney cancer (C64)</p>	<b>?</b>	<b>DISEASE NOT LISTED</b>
<b>L</b>	<p>Leiomyosarcoma NOS (ICD-O-3 M8890/3) <b>Leukaemia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leukaemia lymphoid - acute lymphoblastic (C91.0)</li> <li>▪ Leukaemia lymphoid - chronic lymphocytic (C91)</li> <li>▪ Leukaemia myeloid - acute (C92)</li> <li>▪ Leukaemia myeloid - chronic (C92)</li> <li>▪ Leukaemia - other forms (C91 - C95)</li> </ul> <p>Liposarcoma (C49.9) Liver cancer (C22) Lung cancer (C34) Lupus erythematosus (L93)</p>		
<b>M</b>	<p>Malignant fibrous histiocytoma → <b>Undifferentiated pleomorphic sarcoma</b> Malignant nerve sheath tumour (C47.9) Melanoma (C43) Mesothelioma (C45) Mixed connective tissue disease (M35.1) Morbus Crohn → <b>Crohn disease</b> Myelodysplastic syndrome (D46) Multiple sclerosis (G35) Myositis (M60)</p>		




Patienten-ID

**Nichtabschluss**

<b>Datum des Studienendes</b>	<input type="text"/>
<b>Grund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> "Lost to follow-up"</li> <li><input type="radio"/> Patient hat Einwilligung zurückgezogen</li> <li><input type="radio"/> Tod durch: Krebserkrankung, Krebstherapie, krebsbedingte Komplikationen</li> <li><input type="radio"/> Tod aus anderen Gründen, welche:</li> <li><input type="radio"/> Andere Gründe:</li> </ul>



Patienten-ID

## WHOQOL-BREF



### The World Health Organization Quality of Life Brief 26-item Version

#### Lebensqualität der Weltgesundheitsorganisation, Fragebogen 26 Items, Deutsche Version

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version. Granted permission for WHO copyrighted material; request number: 393701  
WHO REFERENCE NUMBER: WHO/HIS/HSI Rev.2012.03

#### Instruktionen

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, **wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen**. Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, **die für Sie am ehesten zutrifft**. Bitte **beantworten Sie alle Fragen** auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen**.

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
<b>1</b> <small>(G1)</small>	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
<b>2</b> <small>(G4)</small>	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
<b>3</b> <small>(F1.4)</small>	Wie stark werden Sie durch (körperliche) Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
<b>4</b> <small>(F11.3)</small>	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
<b>5</b> <small>(F4.1)</small>	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
<b>6</b> <small>(F24.2)</small>	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
<b>7</b> <small>(F5.3)</small>	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
<b>8</b> <small>(F16.1)</small>	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
<b>9</b> <small>(F22.1)</small>	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5



Patienten-ID

In den folgenden Fragen geht es darum, **im welchem Umfang** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
<b>10</b> (F2.1)	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
<b>11</b> (F7.1)	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
<b>12</b> (F18.1)	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
<b>13</b> (F20.1)	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
<b>14</b> (F21.1)	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
<b>15</b> (F9.1)	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
<b>16</b> (F3.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
<b>17</b> (F10.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
<b>18</b> (F12.4)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
<b>19</b> (F6.3)	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
<b>20</b> (F13.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
<b>21</b> (F15.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5
<b>22</b> (F14.4)	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
<b>23</b> (F17.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
<b>24</b> (F19.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
<b>25</b> (F23.3)	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In der folgenden Frage geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
<b>26</b> (F8.1)	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

Danke für Ihre Hilfe!




Patienten-ID

**12 - 15 Monate nach Ende der gonadotoxischen Behandlung**

Zentrum und Stadt	<input type="text"/>
Datum des 2. Besuchs	<input type="text"/>

**Endgültige Diagnose**

Diagnose (ICD-10)	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

*(Bitte beachten Sie die Liste der Krankheiten mit ICD-10-Codes)*

**Gonadotoxische Behandlung**

Startdatum	<input type="text"/>			
Enddatum	<input type="text"/>			
Behandlungsprotokoll	<b>Bitte mailen Sie uns den Arztbrief der Onkologie!</b>			
Entfernung der Hoden	<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> ½ Hoden	<input type="radio"/> 1 Hoden	<input type="radio"/> 2 Hoden
Chemotherapie	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Strahlentherapie	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Endokrine Therapie	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Immuntherapie	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Chirurgie	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Andere Art	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	

**Krankheit**

Status	<input type="radio"/> <b>Komplette Remission</b> (Abwesenheit von Krankheit) <input type="radio"/> <b>Partielle Remission</b> (> 50% Reduzierung von Krankheit) <input type="radio"/> <b>Minimale Remission</b> (≤ 50% Reduzierung von Krankheit) <input type="radio"/> <b>Rezidiv</b> (Wiederauftreten der Krankheit)	
Wichtige Ereignisse	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Welche	<input type="text"/>	

*(weitere Therapien, eine zweite Krebserkrankung, andere Krankheiten usw.)*




Patienten-ID

**Gonadotoxische Behandlung – Protokolldetails**

<b>Chemotherapie</b>	<i>Protokollname, Medikamente, Anzahl der Zyklen, Dosierungsdetails:</i>
<b>Strahlentherapie</b>	<i>Protokollname, Bestrahlungsfeld, Dosierung für Beckenbestrahlung:</i>
<b>Endokrine Therapie</b>	<i>Protokollname, Hormone, Dosierungsdetails:</i>
<b>Immuntherapie</b>	<i>Protokollname, Antikörper oder Inhibitoren, Dosierungsdetails:</i>
<b>Chirurgie</b>	<i>Protokollname und alle weiteren relevanten Details:</i>
<b>Andere Art</b>	<i>Protokollname und alle weiteren relevanten Details:</i>




Patienten-ID

**Blutwerte**

Datum	<input type="text"/>	
Testosteron	<input type="text"/>	<input type="radio"/> nmol/L <input type="radio"/> ng/dL <input type="radio"/> µg/L
FSH	<input type="text"/>	IU/L
LH	<input type="text"/>	IU/L



**Spermiogramm**

Datum	<input type="text"/>	Zeitspanne zwischen dem letzten Ejakulat und der Spermagewinnung: idealerweise 3-7 Tage.
Gesamtspermienzahl	<input type="text"/>	10 <sup>6</sup>
Spermienkonzentration	<input type="text"/>	10 <sup>6</sup> /mL
Progressiver Beweglichkeit	<input type="text"/>	% (WHO A+B)
Normale Morphologie	<input type="text"/>	%



**Fertilitätserhaltende Maßnahmen**

Durchgeführte Maßnahmen	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Spermien einfrieren <input type="radio"/> Hodengewebe einfrieren
-------------------------	--

**Patientenzufriedenheit**

Ist der Patient mit der <u>Entscheidung</u> für Fertilitätserhaltende Maßnahmen zufrieden oder nicht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein									
Wie zufrieden ist der Patient mit der <u>Entscheidung</u> für oder gegen fertilitätserhaltende Maßnahmen?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie zufrieden ist der Patient mit der <u>Fertilitätserhaltungsberatung</u> vor der Behandlung?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Legende:**  
 0 = keine Angabe  
 1 = überhaupt nicht zufrieden  
 10 = sehr zufrieden



Patienten-ID



**Schwangerschaften mit Verwendung von gefrorenem Material**

Gefrorenes Material verwendet?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Erste	Zweite	Dritte	Vierte
<input type="radio"/> Spermien <input type="radio"/> Hodengewebe <input type="radio"/> Unbekannt			
<input type="radio"/> Lebendgeburt <input type="radio"/> Laufende Schwangerschaft <input type="radio"/> Frühe Fehlgeburt <input type="radio"/> Späte Fehlgeburt <input type="radio"/> Totgeburt <input type="radio"/> Induzierter Abort <input type="radio"/> Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Andere, welche:	<input type="radio"/> Lebendgeburt <input type="radio"/> Laufende Schwangerschaft <input type="radio"/> Frühe Fehlgeburt <input type="radio"/> Späte Fehlgeburt <input type="radio"/> Totgeburt <input type="radio"/> Induzierter Abort <input type="radio"/> Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Andere, welche:	<input type="radio"/> Lebendgeburt <input type="radio"/> Laufende Schwangerschaft <input type="radio"/> Frühe Fehlgeburt <input type="radio"/> Späte Fehlgeburt <input type="radio"/> Totgeburt <input type="radio"/> Induzierter Abort <input type="radio"/> Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Andere, welche:	<input type="radio"/> Lebendgeburt <input type="radio"/> Laufende Schwangerschaft <input type="radio"/> Frühe Fehlgeburt <input type="radio"/> Späte Fehlgeburt <input type="radio"/> Totgeburt <input type="radio"/> Induzierter Abort <input type="radio"/> Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Andere, welche:



**Schwangerschaften ohne Verwendung von gefrorenem Material**

Hat der Patient nach dem Ende der gonadotoxischen Behandlung <u>versucht</u> , mit seiner Partnerin eine Schwangerschaft zu erreichen?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Erste	Zweite	Dritte	Vierte
<input type="radio"/> Natürliche Empfängnis <input type="radio"/> ART <input type="radio"/> Unbekannt	<input type="radio"/> Natürliche Empfängnis <input type="radio"/> ART <input type="radio"/> Unbekannt	<input type="radio"/> Natürliche Empfängnis <input type="radio"/> ART <input type="radio"/> Unbekannt	<input type="radio"/> Natürliche Empfängnis <input type="radio"/> ART <input type="radio"/> Unbekannt
<input type="radio"/> Lebendgeburt <input type="radio"/> Laufende Schwangerschaft <input type="radio"/> Frühe Fehlgeburt <input type="radio"/> Späte Fehlgeburt <input type="radio"/> Totgeburt <input type="radio"/> Induzierter Abort <input type="radio"/> Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Andere, welche:	<input type="radio"/> Lebendgeburt <input type="radio"/> Laufende Schwangerschaft <input type="radio"/> Frühe Fehlgeburt <input type="radio"/> Späte Fehlgeburt <input type="radio"/> Totgeburt <input type="radio"/> Induzierter Abort <input type="radio"/> Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Andere, welche:	<input type="radio"/> Lebendgeburt <input type="radio"/> Laufende Schwangerschaft <input type="radio"/> Frühe Fehlgeburt <input type="radio"/> Späte Fehlgeburt <input type="radio"/> Totgeburt <input type="radio"/> Induzierter Abort <input type="radio"/> Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Andere, welche:	<input type="radio"/> Lebendgeburt <input type="radio"/> Laufende Schwangerschaft <input type="radio"/> Frühe Fehlgeburt <input type="radio"/> Späte Fehlgeburt <input type="radio"/> Totgeburt <input type="radio"/> Induzierter Abort <input type="radio"/> Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Andere, welche: