

Klinik für Urologie  
Tel.: 030 / 130 22 63 01  
Fax: 030 / 130 22 63 06

Chefärzte:  
Prof. Dr. med. Jonas Busch  
PD Dr. med. Stefan Hinz  
Prof. Dr. med. Ahmed Magheli  
PD Dr. med. Hendrik Isbarn  
Dr. med. Tobias Pottek

Studienzentrale:  
Andrea Pohl  
Franca Stein  
Dr. med. Inês Santiago

Frau Esmeray Mugan  
Chefsekretariat

## **Hodenkrebs: eine retrospektive Datenerhebung und Analyse von Patientenakten sowie eine umfragebasierte Untersuchung der Diagnoseergebnisse und Behandlungsergebnisse**

Sehr geehrter Patient,

mit diesem Schreiben laden wir Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

In dieser retrospektiven Studie wollen wir zahlreiche präoperative Parameter umfassend untersuchen, um ihr Potenzial als prognostische Indikatoren für Hodenkrebspatienten zu ermitteln.

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie treten keine zusätzlichen Risiken für Sie auf. Während der Studie werden medizinische Befunde und persönliche Informationen von Ihnen erhoben und gespeichert. Die für die Studie wichtigen Daten werden zusätzlich in **pseudonymisierter Form** gespeichert, ausgewertet und weitergegeben. Es ist vorgesehen, die Ergebnisse dieser Studie zu veröffentlichen. In dieser Veröffentlichung werden einzelne Studienteilnehmer **nicht zu identifizieren** sein.

Folgende Inhalte sollen mit diesem Schreiben behandelt werden:

- Einwilligungserklärung
- Fragebogen

Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen sorgfältig durch. Sie können dann entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten oder nicht. Lassen Sie sich ausreichend Zeit und stellen Sie den Studienmitarbeitern alle Fragen, die für Sie wichtig sind. Wenn Sie teilnehmen möchten, bitten wir Sie den beigefügten standardisierten Fragebogen und die Einwilligungserklärung (Seite 4) auszufüllen und diese an uns zurückzusenden. Gerne können Sie die Unterlagen per Fax 030 130 226306, per Post oder als verschlüsselte Email (an: [PedramAndres.Shadanpour@vivantes.de](mailto:PedramAndres.Shadanpour@vivantes.de)) übersenden.

Für Ihre Teilnahme an diesem Forschungsprojekt wären wir Ihnen sehr dankbar!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,

mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Inês Santiago  
Studienärztin und Fachärztin für Urologie

Pedram Shadanpour  
Assistenzarzt für Urologie

**Studienzentrum:**

Klinik für Urologie  
Vivantes Klinikum am Urban  
Dieffenbachstraße 1  
10967 Berlin

**Studienärztin:**

Dr.med. Inês Santiago  
Fachärztin für Urologie  
ines.santiago@vivantes.de

**Hodenkrebs: eine retrospektive Datenerhebung und Analyse von Patientenakten sowie eine umfragebasierte Untersuchung der Diagnoseergebnisse und Behandlungsergebnisse**

Sehr geehrter Patient,

hiermit möchten wir anfragen, ob Sie bereit sind, an der nachfolgend beschriebenen klinischen Studie teilzunehmen.

Klinische Studien sind notwendig, um Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Verträglichkeit von medizinischen Behandlungsmethoden zu gewinnen oder zu erweitern. Die klinische Studie, die wir Ihnen hier vorstellen, wurde von der zuständigen Ethikkommission beraten. Diese klinische Studie wird an mehreren Orten durchgeführt, es sollen insgesamt ungefähr 1000 Personen daran teilnehmen. Die Studie wird veranlasst, organisiert und finanziert durch die Klinik für Urologie am Klinikum am Urban, dem Verantwortlichen für diese Studie.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie werden also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie sich entscheiden, ohne jegliche Begründung nicht an der klinischen Studie teilzunehmen oder später auszusteigen, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Sie wurden bereits auf die geplante Studie angesprochen. Der nachfolgende Text soll Ihnen die Ziele und den Ablauf erläutern. Anschließend wird ein Prüfarzt das Aufklärungsgespräch mit Ihnen führen. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind. Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über Ihre Teilnahme zu entscheiden.

**1. Warum wird diese Studie durchgeführt?**

Hodenkrebs ist selten, aber die häufigste Krebserkrankung bei jungen Männern. Obwohl die Prognose im Allgemeinen positiv ist, kann es bei einigen Patienten zu einem ungünstigen klinischen oder Krankheitsverlauf kommen, was den Bedarf an genaueren Vorhersageinstrumenten rechtfertigt. Die Identifizierung von präoperativen Parametern (Informationen und Tests, die vor der Operation durchgeführt wurden), die den klinischen und Krankheitsverlauf zuverlässig vorhersagen können, verspricht eine Verbesserung der Risikostratifizierung (Risikoeinschätzung in Gruppenaufteilung) und personalisierte Behandlungsentscheidungen. In dieser rückblickenden Studie wollen wir zahlreiche präoperative Parameter umfassend untersuchen, um ihr Potenzial als prognostische Indikatoren (Faktoren oder Informationen die Möglichkeit haben, zukünftige Entwicklungen oder Ergebnisse vorherzusagen) für Hodenkrebspatienten zu ermitteln. Dazu gehören: Risikofaktoren, Tumormarker im Serum sowie demografische Faktoren (Informationen über Ihre persönlichen Merkmale, wie Ihr Alter).

**2. Wie ist der Ablauf der Studie und was muss ich bei Teilnahme beachten**

Bei Aufnahme in diese Studie wird die Vorgeschichte Ihrer Krankheit erhoben und Sie müssen ein Fragebogen ausfüllen.

Folgende Voraussetzungen müssen Sie erfüllen, um an der Studie teilzunehmen:

- $\geq 18$  Jahre alt
- Neu diagnostizierter Hodenkrebs/Keimzelltumor, mit einem Primärtumor im Hoden
- Sie hatten eine Orchiektomie (operative Hodenentfernung)
- Abgabe einer Einwilligung nach umfangreicher Aufklärung

*Es wird eine rückblickende Dokumentation der klinischen, pathologischen und labortechnischen Befunde durch den Arzt durchgeführt. Die Patienten werden gebeten, in die Querschnittsanalyse, der rückblickende Datenerhebung und der (anonymisierten) Veröffentlichung der Daten einzuwilligen.*

*Zusätzlich erhalten die Patienten einen Fragebogen vom Studienarzt, um Informationen über die Nachsorge zu erhalten, insbesondere wenn ein Wiederauftreten der Krankheit diagnostiziert wurde.*

*Daten wie Demographie, Diagnostik (Pathologiebericht, radiologische Befunde und Pathologie), vor/nach der operative Entfernung des Hodens (mit oder ohne Gewebeproben aus dem anderen gesunden Hoden) sowie das Wiederauftreten der Erkrankung während der Nachsorge werden retrospektiv erhoben und ausgewertet.*

### **3. Welchen persönlichen Nutzen habe ich von der Teilnahme an der Studie?**

Sie werden durch die Teilnahme an dieser Studie voraussichtlich keinen persönlichen Gesundheitsnutzen haben. Die Ergebnisse der Studie können aber möglicherweise dazu beitragen, die Behandlung von Hodenkrebs zukünftig zu verbessern/besser beurteilen zu können.

### **4. Welche Risiken sind mit der Teilnahme an der Studie verbunden?**

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie treten keine zusätzlichen Risiken für Sie auf.

### **5. Wer darf an dieser Studie nicht teilnehmen?**

Sie dürfen nicht an dieser Studie teilnehmen, wenn Sie minderjährig sind oder gleichzeitig an anderen klinischen Studien oder anderen klinischen Forschungsprojekten teilnehmen oder vor kurzem an solchen teilgenommen haben.

### **6. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der klinischen Studie? Erhalte ich eine Aufwandsentschädigung?**

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine Kosten. Für Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie ist keine Aufwandsentschädigung vorgesehen.

### **7. Was geschieht mit meinen Daten?**

Während der Studie werden medizinische Befunde und persönliche Informationen aus Ihren Krankenakten erhoben und in der Prüfstelle dokumentiert und zu Studienzwecken elektronisch in pseudonymisierter Form gespeichert. Die für die Studie wichtigen Daten werden zusätzlich in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet. Die Daten werden in anonymisierter Form weitergegeben. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode, evtl. mit Angabe des Geburtsjahres. *Die Entschlüsselungsliste, die verwendet wird, um bei Bedarf pseudonyme Informationen den entsprechenden Klarnamen zuzuordnen, ist sicher an einem speziellen Ort verwahrt. Nur besonders autorisierte Personen haben Zugriff auf diese Liste, beispielsweise um die Richtigkeit der erhobenen Daten anhand der Krankenakte zu überprüfen.*

### **8. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?**

## Beratungsgespräche an der Prüfstelle

Sie haben stets die Gelegenheit zu weiteren Beratungsgesprächen mit dem auf Seite 1 genannten oder einem anderen Prüfarzt.

## 9. An wen werden meine Daten weitergegeben?

### Veröffentlichungen

Es ist vorgesehen, die Ergebnisse dieser Studie zu veröffentlichen. In dieser Veröffentlichung werden einzelne Studienteilnehmer nicht zu identifizieren sein. Die Verlage, die Publikationen veröffentlichen, lassen sich stichprobenhaft die Forschungsdaten in pseudonymisierter/anonymisierter Form übermitteln. Damit soll die Glaubwürdigkeit der Publikation geprüft werden. Nach dieser Prüfung werden die Daten vernichtet.

### Datenübermittlung in weitere Länder der EU und UK:

Die Studie wird in mehreren Ländern durchgeführt, daher können Ihre aufgezeichneten Daten zur Überprüfung der Studie pseudonymisiert auch an die zuständigen ausländischen Zentren weitergeleitet werden und ein zur Verschwiegenheit verpflichteter Beauftragter der zuständigen ausländischen Überwachungsbehörde in Ihre personenbezogenen Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der Studie notwendig ist.

## 10. Kann ich meine Einwilligung widerrufen?

Sie haben das Recht, jederzeit die datenschutzrechtliche Einwilligung rückgängig zu machen (zu widerrufen).

Nach Eingang des Widerrufs werden die personenbezogenen Daten gelöscht.

Nach Eingang des Widerrufs wird Ihre weitere Teilnahme an der Studie beendet.

## Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der klinischen Prüfung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in pseudonymisierte Form auf Papier sowie auf elektronischen Datenträgern bei/in Klinik für Urologie, Vivantes aufgezeichnet werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) weitergegeben werden an Studienzentrale Klinikum am Urban und „Young Association of Urologists“, den Verantwortlichen oder eine von diesem beauftragte Stelle zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung.
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Verantwortlichen in meine beim Prüfarzt vorhandenen personenbezogenen Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Prüfarzt von der ärztlichen Schweigepflicht.
3. Ich wurde bereits darüber aufgeklärt, dass ich jederzeit meine Teilnahme an der Studie beenden kann. Im Falle eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung zur Teilnahme erkläre ich mich damit einverstanden, dass die bis zu diesem Zeitpunkt gespeicherten Daten entsprechend den erforderlichen Maßnahmen zum Schutz meiner Interessen gelöscht werden.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
5. Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde: Sie haben, unbeschadet anderweitiger verwaltungsrechtlicher oder gerichtlicher Rechtsbehelfe, das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt (Art. 77 DSGVO). Sie können dieses Recht bei einer Aufsichtsbehörde

im Mitgliedstaat Ihres Aufenthaltsorts, Ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend machen. In Berlin ist die zuständige Aufsichtsbehörde:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Alt-Moabit 59-61  
10555 Berlin  
Telefon: 030 13889-0  
Telefax: 030 2155050  
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

## **Einwilligungserklärung**

**Ich erkläre mich bereit,  
an der oben genannten Studie  
freiwillig teilzunehmen.**

Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich hätte die Gelegenheit, mit dem Prüfarzt über die Durchführung der Studie zu sprechen, wenn von mir gewünscht wäre.


### **Kontakt Daten des Prüfzentrums zur Beratung - Terminvereinbarung:**

Frau Andrea Pohl – Tel (030) 130 226336 – [andrea.pohl@vivantes.de](mailto:andrea.pohl@vivantes.de)  
Frau Franca Stein – Tel (030) 130 226302 – [franca.stein@vivantes.de](mailto:franca.stein@vivantes.de)

Ich habe keine Fragen. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile für meine medizinische Behandlung entstehen. Für Rückfragen beim Urologen sollten behandelnde Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden. Mir ist bekannt, dass ich die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
.....  
Name des Patienten in Druckbuchstaben



Datum Unterschrift des **Patienten**

.....  
.....  
Name des Prüfarztes/der Prüferärztin in Druckbuchstaben

.....  
.....  
Datum Unterschrift des **Prüfarztes/der Prüferärztin**

# Patientenfragebogen Hodenkrebs posttherapeutisch

Bitte geben Sie das heutige Datum an

Vorname,  
Nachname,  
Geb. Datum

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tag                  | Monat                | Jahr                 |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## 1. Informationen zur erstmalige Therapie:

### Operation:

- Hodenentfernung (Orchiektomie), Datum: \_\_\_\_\_ Seite: \_\_\_\_\_
- Entfernung der Lymphknoten im hinteren Bauchraum, Datum: \_\_\_\_\_

### Chemotherapie:

- 1 Zyklus Carboplatin, Beginndatum: \_\_\_\_\_
- PEB (Cisplatin, Etoposid, Bleomycin):   (Anzahl der Zyklen),  
Beginndatum: \_\_\_\_\_

### Bestrahlung:

- Hoden, Datum: \_\_\_\_\_, Seite: \_\_\_\_\_
- Lymphknoten im hinteren Bauchraum, Datum: \_\_\_\_\_

## 2. Allgemeine Fragen vor der Behandlung

### Waren Ihnen die folgenden Aspekte bekannt?

- Hodenhochstand, Leistenhoden, Bauchhoden; wenn ja:  
Wurden Sie operiert?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_, welche Seite? \_\_\_\_\_
- Infertilität (Unfruchtbarkeit)
- Rauchen, seit wann? \_\_\_\_\_, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

### Hatten Sie Beschwerden bei der Erstdiagnose? Wenn ja, welche?

---

---

## 3. Informationen über die Nachsorge:

### Wann war Ihre letzte Nachsorge?

|                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Monat                | Jahr                 |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Bitte geben Sie Ihren letzten Tumormarker-Werte (inkl. Datum der Blutentnahme)**

|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|-------------|---|--|--|--|--|---|---|--|--|-----|---|--|--|-------|---|--|--|------|---|--|--|--|--|
| $\beta$ HCG | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  | , | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  | Tag | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  | Monat | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  | Jahr | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
| AFP         | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  | , | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
| LDH         | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  | , | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |

**Wurde bei Ihnen ein Rückfall diagnostiziert?**

ja  nein; Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

**- Wie wurde er entdeckt?**

durch Tumormarker  durch Bildgebung.  durch Selbstuntersuchung

**- Wo wurde der Rückfall lokalisiert?**

Hoden  Lymphknoten  Lungen  an einem anderen Ort: \_\_\_\_\_

**- Wie hoch waren die Tumormarker, als der Rückfall entdeckt wurde? (inkl. Datum der Blutentnahme)**

|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|-------------|---|--|--|--|--|---|---|--|--|-----|---|--|--|-------|---|--|--|------|---|--|--|--|--|
| $\beta$ HCG | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  | , | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  | Tag | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  | Monat | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  | Jahr | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
| AFP         | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  | , | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
| LDH         | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  | , | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |
|             |   |  |  |  |  |   |   |  |  |     |   |  |  |       |   |  |  |      |   |  |  |  |  |

**Wurde eine Therapie durchgeführt?**  ja  nein; Wenn ja, Welche?

**- Chemotherapie:**

PEB (Cisplatin, Etoposid, Bleomycin): 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 (Anzahl der Zyklen)

**- Bestrahlung:**

Hoden, Datum: \_\_\_\_\_, Seite: \_\_\_\_\_

Lymphknoten im hinteren Bauchraum, Datum: \_\_\_\_\_

**- Operation:**

Hodenfreilegung und Hodenentfernung (Orchiektomie),

Datum: \_\_\_\_\_ Seite: \_\_\_\_\_

Entfernung der Lymphknoten im hinteren Bauchraum, Datum: \_\_\_\_\_

4. Fragen für Patienten mit Testikulärer intraepithelialer Neoplasie (TIN) im anderen Hoden

**Welche Therapie wurde bei Ihnen durchgeführt?**

Bestrahlung der Hoden    Beobachtung    Chemotherapie

- Bei Bestrahlung oder Chemotherapie: wann? \_\_\_\_\_

**Sind seit Ihrer erstmaligen Diagnose neue Herde des Hodenkrebses (im anderen Hoden) entdeckt worden?**

ja    nein; Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**- Wie wurde er festgestellt?**

Körperliche Untersuchung    Sonographie    Tumormarker

**- Wenn Tumormarker, wie hoch waren die?**

|      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |     |                      |                      |       |                      |                      |      |                      |                      |                      |                      |
|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|----------------------|-------|----------------------|----------------------|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| βHCG | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Tag | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Monat | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Jahr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| AFP  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |       | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| LDH  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |       | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Wurde bei Ihnen eine erneute Orchiektomie durchgeführt?**

ja, Datum: \_\_\_\_\_ Seite: \_\_\_\_\_  
 nein

**Wären Sie einverstanden, dass wir Befunde (laborchemische, röntgenlogische und klinische Befunde) bei Ihrem Urologen nachfragen?**

ja, Vorname/Name (\*der\*die Urologe\*in): \_\_\_\_\_  
 nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Studie teilgenommen haben! Sie tragen dazu bei, die Versorgung von Patienten mit einem Hodenkarzinom zu verbessern.**