

Hygiene im Kindesalter

→ chronisch-entzündliche Darmerkrankung?

Fragebogen für Patienten < 40 Jahre mit CED, die mit mindestens einem Geschwister ohne CED im selben Haushalt aufgewachsen sind

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es gibt erste Hinweise darauf, dass hygienische Verhältnisse im Kindesalter einen Einfluss darauf haben, ob im späteren Leben eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED) auftritt. Wir wollen in dieser Fragebogen-Studie Unterschiede bei Geschwisterpaaren mit und ohne CED herausarbeiten.

Wir bitten um Ihre Teilnahme, wenn direkte Gesprächsmöglichkeiten mit einer Bezugsperson aus Ihrer Kindheit (z.B. Mutter oder Vater) und einem Geschwister ohne CED bestehen, mit dem Sie im selben Haushalt aufgewachsen sind.

Bitte füllen Sie diesen **anonymen Fragebogen** aus und senden ihn im anhängenden Freiumschlag ab. Sie können damit einen eigenen Beitrag zum Verständnis der Krankheitsentwicklung leisten. Es ergeben sich für Sie keinerlei weitere Verpflichtungen aus der Teilnahme - und keine Nachteile aus der Ablehnung der Teilnahme an dieser Studie.

In welchem Jahr wurden Sie geboren? _____

Geschlecht: weiblich männlich

Haben Sie:

Morbus Crohn? nein ja → wenn ja mit Fisteln ohne Fisteln unbekannt

Colitis ulcerosa? nein ja → wenn ja nur Enddarm ausgedehnterer Befall unbekannt

andere CED? nein ja → wenn ja, welche? _____

In welchem Jahr wurde diese Erkrankung diagnostiziert? _____

In welchem Bundesland bzw. Staat wurden Sie geboren? _____

Haben Vater, Mutter oder Geschwister eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung?

nein ja → wenn ja, wer hatte welche Krankheit? _____

Rauchen Sie Zigaretten? nein ja früher: von _____ bis _____ (Jahr)

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gemeinsam mit einer Bezugsperson aus Ihrer Kindheit. Wer wurde befragt? Mutter Vater andere Person: _____

Wo verbrachten Sie Ihr erstes Lebensjahr?

Stadt Kleinstadt (< 50.000 Einwohner) Dorf

Wer wohnte am ersten Geburtstag in Ihrem Haushalt

(z.B. Vater, Mutter, Schwester usw.)? _____

In welchem Alter wurde bei Ihnen **erstmalig Zahnkaries** festgestellt? _____ Jahre nie

Wurden Sie gestillt?

nein ja → wenn ja,

voll gestillt bis zum Lebensalter von _____ Monaten

unbekannt

letztmalig (teil-) gestillt im Lebensalter von _____ Monaten

unbekannt

Wo verbrachten Sie Ihre Einschulung?

Stadt

Kleinstadt (< 50.000 Einwohner)

Dorf

Wer wohnte zum Zeitpunkt Ihres Schulanfangs in Ihrem Haushalt?

(z.B. Vater, Mutter, Schwester usw.): _____

Hatten Sie im Kleinkindalter Zugang zu einem familieneigenen Garten?

nein

ja

→ wenn ja,

häufiger Aufenthalt

seltener Aufenthalt

Wurden zur Reinigung des Kinderzimmers (Boden, Möbel, Spielzeug) antibakterielle

Desinfektionsmittel eingesetzt?

nein

ja

→ wenn ja: häufig

selten

unbekannt

War bei Ihnen eine Blinddarmentfernung erforderlich?

nein

ja

→ wenn ja, in welchem Lebensalter? _____ Jahre

War bei Ihnen eine Mandeloperation erforderlich?

nein

ja

→ wenn ja, in welchem Lebensalter? _____ Jahre

Rachenmandeln

Gaumenmandeln

unbekannt

Mussten Sie vor dem 18. Lebensjahr wegen einer Magen-Darm-Infektion im Krankenhaus behandelt

werden? nein ja → wenn ja, in welchem Lebensalter? _____ Jahre

Hatten Sie in der Kindheit eine Wurminfektion des Darmes?

nein

ja

→ wenn ja, in welchem Lebensalter? _____ Jahre

Bis wann haben Sie im Kindesalter an Daumen oder anderen Fingern „gelutscht“?

Im ersten Lebensjahr:

häufig

selten

nie

unbekannt

Zeitpunkt Schulanfang:

häufig

selten

nie

unbekannt

Konfirmation, Firmung, Jugendweihe u.a.:

häufig

selten

nie

unbekannt

Bis wann haben Sie im Kindesalter an den Fingernägeln gekaut?

Im ersten Lebensjahr:

häufig

selten

nie

unbekannt

Zeitpunkt Schulanfang:

häufig

selten

nie

unbekannt

Konfirmation, Firmung, Jugendweihe u.a.:

häufig

selten

nie

unbekannt

Bitte in der folgenden Tabelle ankreuzen, in welchem Lebensalter regelmäßiger - mindestens monatlicher - direkter körperlicher Kontakt zu folgenden Tieren bestand (streicheln, versorgen usw.)

	Erster Geburtstag	Schulanfang	ca. 15. Lebensjahr (z.B. Konfirmation, Firmung, Jugendweihe usw.)
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rind/Schwein/Schaf/Ziege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nächsten Fragen beziehen sich auf das Geschwister, zu welchem möglichst der geringste Altersabstand besteht und

- zu dem Sie in persönlichem Kontakt stehen
- welches im selben Haushalt wie Sie aufgewachsen ist

Dieses Geschwister sollte keinen Morbus Crohn und keine Colitis ulcerosa haben.

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsjahr: _____ Zwilling mit CED Patient

Hat Ihr **Geschwister** eine chronische Krankheit?

nein ja → wenn ja, welche? _____

Raucht Ihr Geschwister Zigaretten? nein ja früher: von _____ bis _____ (Jahr)

Bitte füllen Sie den weiteren Fragebogen mit der Bezugsperson aus Ihrer Kindheit
(Mutter, Vater, andere Person: _____) und Ihrem Geschwister gemeinsam aus.

Wo verbrachte Ihr Geschwister sein erstes Lebensjahr?

Stadt Kleinstadt (< 50.000 Einwohner) Dorf

Wer wohnte am ersten Geburtstag im Haushalt Ihres Geschwisters

(z.B. Vater, Mutter, Schwester usw.)?: _____

In welchem Alter wurde bei Ihrem Geschwister erstmalig Zahnkaries festgestellt? _____ Jahre nie

Wurde Ihr Geschwister gestillt?

nein ja → wenn ja,
 voll gestillt bis zum Lebensalter von _____ Monaten unbekannt
 letztmalig (teil-) gestillt im Lebensalter von _____ Monaten unbekannt

Wo verbrachte Ihr Geschwister seine Einschulung?

Stadt Kleinstadt (< 50.000 Einwohner) Dorf

Wer wohnte zum Schulanfang im Haushalt Ihres Geschwisters

(z.B. Vater, Mutter, Schwester usw.)?: _____

Hatte Ihr Geschwister als Kleinkind Zugang zu einem familieneigenen Garten?

nein ja → wenn ja häufiger Aufenthalt seltener Aufenthalt

Wurden zur Reinigung des Kinderzimmers Ihres Geschwisters (Boden, Möbel, Spielzeug) antibakterielle Desinfektionsmittel eingesetzt? nein ja → wenn ja: häufig selten unbekannt

War bei Ihrem Geschwister eine Blinddarmentfernung erforderlich? nein ja

→ wenn ja, in welchem Lebensalter? _____ Jahre

War bei Ihrem Geschwister eine Mandeloperation erforderlich? nein ja

→ wenn ja: in welchem Lebensalter? _____ Jahre

Rachenmandeln Gaumenmandeln unbekannt

Musste Ihr Geschwister vor dem 18. Lebensjahr wegen einer Magen-Darm-Infektion im Krankenhaus behandelt werden? nein ja → wenn ja, in welchem Lebensalter? _____ Jahre

Hatten Sie in der Kindheit eine Wurminfektion des Darmes? nein ja

→ wenn ja, in welchem Lebensalter? _____ Jahre

Bis wann hat Ihr Geschwister im Kindesalter an Daumen oder anderen Fingern „gelutscht“?

Im ersten Lebensjahr: häufig selten nie unbekannt

Zeitpunkt Schulanfang: häufig selten nie unbekannt

Konfirmation, Firmung, Jugendweihe u.a.: häufig selten nie unbekannt

Bis wann hat Ihr Geschwister im Kindesalter an den Fingernägeln gekaut?

Im ersten Lebensjahr: häufig selten nie unbekannt

Zeitpunkt Schulanfang: häufig selten nie unbekannt

Konfirmation, Firmung, Jugendweihe u.a.: häufig selten nie unbekannt

Bitte in der folgenden Tabelle ankreuzen, in welchem Lebensalter regelmäßiger - mindestens monatlicher - direkter körperlicher Kontakt Ihres Geschwister zu folgenden Tieren bestand (Streicheln, versorgen usw.):

	Erster Geburtstag	Schulanfang	ca. 15. Lebensjahr (z.B. Konfirmation, Firmung, Jugendweihe usw.)
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rind/Schwein/Schaf/Ziege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre sehr wertvolle Mitarbeit! Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie jede Frage so wahrheitsgemäß und vollständig wie möglich beantwortet haben.

Bitte senden Sie den Fragebogen:

per Fax an das GISG-Organisationsbüro Fax-Nr. 0431-592 957 3988 **oder**

per Post an das GISG-Organisationsbüro, Hopfenstraße 60, 24103 Kiel.

Einen Rückumschlag können Sie gerne per E-Mail unter s.buske@kompetenznetz-ced.de anfordern oder Sie verwenden die angehängte Vorlage.

Absender:

Porto
zahlt
Empfänger

-Rückantwort-

Kompetenznetz Darmerkrankungen e.V.
GISG Organisationsbüro
Hopfenstraße 60
24103 Kiel