

Zentrums-  
nummer

## 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 mit Fisteln       Morbus Crohn ohne Fisteln       Morbus Crohn unbekannt ob Fisteln  
 Colitis ulcerosa nur Enddarm       Colitis ulcerosa ausgedehnter Befall       Colitis ulcerosa unbekannter Befall  
 andere CED \_\_\_\_\_

In welchem Jahr wurde diese Erkrankung diagnostiziert? \_\_\_\_\_

In welchem Bundesland bzw. Staat wurden Sie geboren? \_\_\_\_\_

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

- Vater nein       Vater Morbus Crohn       Vater Colitis ulcerosa       Vater andere CED  
 Mutter nein       Mutter Morbus Crohn       Mutter Colitis ulcerosa       Mutter andere CED  
 Geschwister nein       Geschwister Morbus Crohn       Geschwister Colitis ulcerosa       Geschwister andere CED

Rauchen Sie Zigaretten?       Nicht-Raucher       Raucher       Ex-Raucher

**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

- Vater       nein       ja  
Mutter       nein       ja  
Geschwister       nein       ja

- |                     |                               |                             |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Großeltern          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Onkel/ Tante        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Cousine/ Cousin     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Entfernte Verwandte | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Stiefverwandte      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

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

Wie viele Monate wurden Sie gestillt? \_\_\_\_ Monate

Wo verbrachten Sie Ihre Einschulung?

- Stadt  Kleinstadt (< 50.000 Einwohner)  Dorf

Wer wohnte zum Zeitpunkt Ihres Schulanfangs in Ihrem Haushalt?

- |                     |                               |                             |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Vater               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Mutter              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Geschwister         | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Großeltern          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Onkel/ Tante        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Cousine/ Cousin     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Entfernte Verwandte | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Stiefverwandte      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Hatten Sie im Kleinkindalter Zugang zu einem familieneigenen Garten?

- nein  ja, seltener Aufenthalt  ja, häufiger Aufenthalt

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

Desinfektionsmittel eingesetzt?  nein  ja, selten  ja, häufig  unbekannt

Wurde bis zum 15. Lebensjahr (z.B Konfirmation, Firmung, Jugendweihe usw.) der Blinddarm entfernt?

- nein  ja

Wurde bis zum 15. Lebensjahr (z.B Konfirmation, Firmung, Jugendweihe usw.) eine Mandeloperation erforderlich?

- Rachenmandeln:  nein  ja  unbekannt  
 Gaumenmandeln:  nein  ja  unbekannt

Wann wurden Sie vor dem 18. Lebensjahr das ersten Mal wegen einer Magen-Darm-Infektion im Krankenhaus behandelt werden?

- bis zum 1. Lebensjahr  bis zum 6. Lebensjahr  bis zum 15. Lebensjahr  
 bis zum 18. Lebensjahr  nie

Hatten Sie bis zum 15. Lebensjahr (z.B Konfirmation, Firmung, Jugendweihe usw.) eine Wurminfektion des Darmes?  nein  ja

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: \_\_\_\_\_  
 Eineiiger Zwilling mit CED Patient

Hat Ihr **Geschwister** eine chronische Krankheit?

nein  ja → wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Raucht Ihr Geschwister Zigaretten?  Nicht-Raucher  Raucher  Ex-Raucher

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

Vater  nein  ja  
 Mutter  nein  ja  
 Geschwister  nein  ja  
 Großeltern  nein  ja  
 Onkel/ Tante  nein  ja  
 Cousine/ Cousin  nein  ja  
 Entfernte Verwandte  nein  ja  
 Stiefverwandte  nein  ja

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

Wie viele Monate wurde Ihr Geschwister gestillt? \_\_\_\_ Monate

Wo verbrachte Ihr Geschwister seine Einschulung?

Stadt  Kleinstadt (< 50.000 Einwohner)  Dorf

Wer wohnte zum Schulanfang im Haushalt Ihres Geschwisters

Vater  nein  ja

- Mutter  nein  ja
- Geschwister  nein  ja
- Großeltern  nein  ja
- Onkel/ Tante  nein  ja
- Cousine/ Cousin  nein  ja
- Entfernte Verwandte  nein  ja
- Stiefverwandte  nein  ja

Hatte Ihr Geschwister als Kleinkind Zugang zu einem familieneigenen Garten?

- nein  ja, seltener Aufenthalt  ja, häufiger Aufenthalt

Wurden zur Reinigung des Kinderzimmers Ihres Geschwisters (Boden, Möbel, Spielzeug) antibakterielle Desinfektionsmittel eingesetzt?

- nein  ja, selten  ja, häufig  unbekannt

War bis zum 15. Lebensjahr (z.B Konfirmation, Firmung, Jugendweihe usw.) bei Ihrem Geschwister eine Blinddarmentfernung erforderlich?  nein  ja

War bis zum 15. Lebensjahr (z.B Konfirmation, Firmung, Jugendweihe usw.) bei Ihrem Geschwister eine Mandeloperation erforderlich?

- Rachenmandeln:  nein  ja  unbekannt  
 Gaumenmandeln:  nein  ja  unbekannt

Musste Ihr Geschwister vor dem 18. Lebensjahr wegen einer Magen-Darm-Infektion im Krankenhaus behandelt werden?

- bis zum 1. Lebensjahr  bis zum 6. Lebensjahr  bis zum 15. Lebensjahr  
 bis zum 18. Lebensjahr  nie

Hatten Ihr Geschwister bis zum 15. Lebensjahr (z.B Konfirmation, Firmung, Jugendweihe usw.) eine Wurminfektion des Darmes?  nein  ja

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 [a.koch@kompetenznetz-ced.de](mailto:a.koch@kompetenznetz-ced.de) anfordern oder Sie verwenden die angehängte Vorlage.