



Bitte tragen Sie in folgende Tabelle **Ihre Kinder** ein (ohne Stief- und Adoptivkinder): Anzahl Töchter: \_\_\_\_\_ Söhne: \_\_\_\_\_

	Kind	Kind	Kind	Kind
<b>Name, Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>Name, Geburtsdatum leiblicher Kindsvater?</b>				
<b>Krebserkrankung bekannt?</b>				
<b>Welche Krebsart?</b>				
<b>Diagnosealter?</b> <small>(nicht genau bekannt? Bitte ungefähre Angabe)</small>				
<b>Behandelndes Krankenhaus</b> <small>(Name des KH, Ort)</small> <b>Zeitraum der Behandlung</b> <small>(Datum des operativen Eingriffs)</small>				
<b>Leben Ihre Kinder noch?</b>				
<b>Falls nein, Sterbeort?</b> <b>Sterbedatum/-alter?</b> <b>Todesursache?</b>				
<b>Anzahl Ihrer Enkelinnen/Enkel</b> <small>(bei Krebserkrankung bitte Seite 9 verwenden)</small>	/	/	/	/

Bitte tragen Sie in folgende Tabelle **Ihre Geschwister** ein.

Gesamtanzahl Geschwister :      Schwestern: \_\_\_\_\_      Brüder: \_\_\_\_\_      Halbgeschwister: \_\_\_\_\_  
 (bitte angeben, ob mütterlicher- oder väterlicherseits)

	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder
<b>Name, Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>Krebserkrankung bekannt?</b>				
<b>Welche Krebsart?</b>	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Diagnosealter?</b> (nicht genau bekannt? Bitte ungefähre Angabe)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Behandelndes Krankenhaus</b> (Name des KH, Ort) <b>Zeitraum der Behandlung</b> (Datum des operativen Eingriffs)				
<b>Leben die Geschwister noch?</b>				
<b>Falls nein, Sterbeort?</b> <b>Sterbedatum/-alter?</b> <b>Todesursache?</b>				
<b>Anzahl Töchter/Söhne</b> (bei Krebserkrankung bitte Seite 9 verwenden)	/	/	/	/

Bitte tragen Sie in folgende Tabelle **Ihre Eltern** ein.

	leiblicher Vater	leibliche Mutter
<b>Name, Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Krebserkrankung bekannt?</b>		
<b>Welche Krebsart?</b>	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Diagnosealter?</b> (nicht genau bekannt? Bitte ungefähre Angabe)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Behandelndes Krankenhaus</b> (Name des KH, Ort) <b>Zeitraum der Behandlung</b> (Datum des operativen Eingriffs)		
<b>Leben die Eltern noch?</b>		
<b>Falls nein, Sterbeort?</b> <b>Sterbedatum/-alter?</b> <b>Todesursache?</b>		

Bitte tragen Sie in folgende Tabelle die **Geschwister Ihrer Mutter** ein.

Gesamtanzahl Geschwister:      Schwestern: \_\_\_\_\_      Brüder: \_\_\_\_\_      Halbgeschwister: \_\_\_\_\_  
 (bitte angeben, ob mütterlicher- oder väterlicherseits)

	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder
<b>Name, Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>Krebserkrankung bekannt?</b>				
<b>Welche Krebsart?</b>	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Diagnosealter?</b> (nicht genau bekannt? Bitte ungefähre Angabe)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Behandelndes Krankenhaus</b> (Name des KH, Ort) <b>Zeitraum der Behandlung</b> (Datum des operativen Eingriffs)				
<b>Leben die Geschwister noch?</b>				
<b>Falls nein, Sterbeort?</b> <b>Sterbedatum/-alter?</b> <b>Todesursache?</b>				
<b>Anzahl Töchter/Söhne</b> (bei Krebserkrankung bitte Seite 9 verwenden)	/	/	/	/

Bitte tragen Sie in folgende Tabelle die **Geschwister Ihres Vaters** ein.

Gesamtanzahl Geschwister:      Schwestern: \_\_\_\_\_      Brüder: \_\_\_\_\_      Halbgeschwister: \_\_\_\_\_  
 (bitte angeben, ob mütterlicher- oder väterlicherseits)

	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder	(Halb-)Schwester/Bruder
<b>Name, Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>Krebserkrankung bekannt?</b>				
<b>Welche Krebsart?</b>	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Diagnosealter?</b> (nicht genau bekannt? Bitte ungefähre Angabe)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Behandelndes Krankenhaus</b> (Name des KH, Ort) <b>Zeitraum der Behandlung</b> (Datum des operativen Eingriffs)				
<b>Leben die Geschwister noch?</b>				
<b>Falls nein, Sterbeort?</b> <b>Sterbedatum/-alter?</b> <b>Todesursache?</b>				
<b>Anzahl Töchter/Söhne</b> (bei Krebserkrankung bitte Seite 9 verwenden)	/	/	/	/

Bitte tragen Sie in folgende Tabelle Ihre **Großeltern mütterlicherseits** ein.

	<b>leiblicher Vater der MUTTER</b>	<b>leibliche Mutter der MUTTER</b>
<b>Name, Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Krebserkrankung bekannt?</b>		
<b>Welche Krebsart?</b>	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Diagnosealter?</b> (nicht genau bekannt? Bitte ungefähre Angabe)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Behandelndes Krankenhaus</b> (Name des KH, Ort) <b>Zeitraum der Behandlung</b> (Datum des operativen Eingriffs)		
<b>Leben die Großeltern noch?</b>		
<b>Falls nein, Sterbeort?</b> <b>Sterbedatum/-alter?</b> <b>Todesursache?</b>		

Bitte tragen Sie in folgende Tabelle Ihre **Großeltern väterlicherseits** ein.

	<b>leiblicher Vater des VATERS</b>	<b>leibliche Mutter des VATERS</b>
<b>Name, Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Krebserkrankung bekannt?</b>		
<b>Welche Krebsart?</b>	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Diagnosealter?</b> (nicht genau bekannt? Bitte ungefähre Angabe)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Behandelndes Krankenhaus</b> (Name des KH, Ort) <b>Zeitraum der Behandlung</b> (Datum des operativen Eingriffs)		
<b>Leben die Großeltern noch?</b>		
<b>Falls nein, Sterbeort?</b> <b>Sterbedatum/-alter?</b> <b>Todesursache?</b>		

Hatten Sie jeweils **andere an Krebs erkrankte Verwandte** (z.B. Cousinen, Nichten, Neffen etc.)? Falls ja, tragen Sie bitte diese Personen in folgende Liste ein. Bitte geben Sie genau an, in welchem Verwandtschaftsverhältnis die betroffene Person zu Ihnen steht und zu welchem Familienzweig diese gehört („Tochter von Tante ... mütterlicherseits“, Sohn von Onkel ... väterlicherseits“). Falls keiner Ihrer „anderen“ Verwandten an Krebs erkrankt ist, füllen Sie bitte nichts aus.

<b>Name, Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>Verwandtschaftsgrad</b> (bitte auch Verwandtschaftslinie genau angeben, z.B. bei Cousinen)				
<b>Krebserkrankung bekannt?</b>				
<b>Welche Krebsart?</b>	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Diagnosealter?</b> (nicht genau bekannt? Bitte ungefähre Angabe)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)	1.) 2.) 3.)
<b>Behandelndes Krankenhaus</b> (Name des KH, Ort) <b>Zeitraum der Behandlung</b> (Datum des operativen Eingriffs)				
<b>Leben die Verwandten noch?</b>				
<b>Falls nein, Sterbeort?</b> <b>Sterbedatum/-alter?</b> <b>Todesursache?</b>				