

Fragebogen zu Krebserkrankungen in der Familie

Persönliche Daten (Ratsuchende/r)

Name, Vorname:

Tel./Mobil-Nr. :

Adresse:

Aktuelles Datum:

Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse:

Beantworten Sie bitte, falls Sie selbst an Krebs erkrankt sind, bzw. waren, noch folgende Fragen und fügen Sie Unterlagen über die Erkrankung bei:

Krebserkrankung/
Diagnosedatum:

Wann und wo (Name und Adresse des Krankenhauses) wurden Sie operiert?
.....
.....

Sind Sie aktuell in Therapie? ja nein

Wenn ja: eine OP ist geplant eine Strahlentherapie ist geplant eine Chemo ist geplant

Für wann?

(Anmerkungen)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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