Persönliche Angaben Datum:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Telefonnummer: |  |
| Straße: |  |
| PLZ, Wohnort: |  |
| Datum Ihres Termins: |  |

Sind sie an einem oder mehreren Tumoren erkrankt?

ja

Wenn ja: Um welche Tumorerkrankung handelt es sich und in welchem Alter wurde diese zuerst diagnostiziert?

|  |
| --- |
|  |

nein, es wurde bereits eine genetische Ursache in meiner Familie bestätigt

nein, es wurde keine genetische Ursache in der Familie festgestellt\*

\* In diesem Fall empfehlen wir eine **betroffene Verwandte** zur Sprechstunde mitzubringen. Sollten wir Ihrer Familie eine

Testung anbieten, ist es empfehlenswert zunächst eine erkrankte Person zu testen.

Vorbereitung der interdisziplinären Sprechstunde

Familiärer Brust und Eierstockkrebs

Bitte tragen Sie hier Angaben für Ihre leiblichen Kinder ein.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kind | Kind | Kind | Kind | Kind |
| Alter |  |  |  |  |  |
| Geburtsjahr und ggfs. Sterbealter |  |  |  |  |  |
| Ist eine Tumorerkrankung bekannt?  Wenn ja, welche? |  |  |  |  |  |
| In welchem Alter wurde die Tumorerkrankung diagnostiziert? |  |  |  |  |  |
| Anzahl der Enkelkinder  (Bei Krebserkrankungen bitte mit Vermerk auf Seite 8) |  |  |  |  |  |

Vorbereitung der interdisziplinären Sprechstunde

Familiärer Brust und Eierstockkrebs

Bitte tragen Sie hier Angaben zu Ihren Geschwistern ein. Achten Sie darauf, ob es sich um Halbgeschwister handelt.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Schwester / Bruder | Schwester / Bruder | Schwester / Bruder | Schwester / Bruder | Schwester / Bruder |
| Halbgeschwister?  (mütterlicherseits =ms  Väterlicherseits= vs) | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs |
| Alter |  |  |  |  |  |
| Geburtsjahr und ggfs. Sterbealter |  |  |  |  |  |
| Ist eine Tumorerkrankung bekannt?  Wenn ja, welche? |  |  |  |  |  |
| In welchem Alter wurde  die Tumorerkrankung diagnostiziert? |  |  |  |  |  |
| Anzahl der jeweiligen Enkelkinder  (Bei Krebserkrankungen bitte mit Vermerk auf Seite 8) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mutter | Großmutter ms  (Mutter Ihrer Mutter) | Großvater ms  (Vater Ihrer Mutter) |
| Alter |  |  |  |
| Geburtsjahr und ggfs. Sterbealter |  |  |  |
| Ist eine Tumorerkrankung bekannt? Wenn ja, welche? |  |  |  |
| In welchem Alter wurde die Tumorerkrankung diagnostiziert? |  |  |  |
| Anzahl der Enkelkinder  (Bei Krebserkrankungen bitte mit Vermerk auf Seite 8) |  |  |  |

Vorbereitung der interdisziplinären Sprechstunde

Familiärer Brust und Eierstockkrebs

Bitte tragen Sie hier Angaben zu Ihren mütterlichen Familie ein.

Vorbereitung der interdisziplinären Sprechstunde

Familiärer Brust und Eierstockkrebs

Bitte tragen Sie hier Angaben zu den Geschwistern Ihrer Mutter ein.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Schwester / Bruder  Ihrer Mutter | Schwester / Bruder  Ihrer Mutter | Schwester / Bruder  Ihrer Mutter | Schwester / Bruder  Ihrer Mutter | Schwester / Bruder  Ihrer Mutter |
| Halbgeschwister?  (mütterlicherseits =ms  Väterlicherseits= vs) | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs |
| Alter |  |  |  |  |  |
| Geburtsjahr und ggfs. Sterbealter |  |  |  |  |  |
| Ist eine Tumorerkrankung bekannt?  Wenn ja, welche? |  |  |  |  |  |
| In welchem Alter wurde  die Tumorerkrankung diagnostiziert? |  |  |  |  |  |
| Anzahl der jeweiligen Enkelkinder  (Bei Krebserkrankungen bitte mit Vermerk auf Seite 8) |  |  |  |  |  |

Vorbereitung der interdisziplinären Sprechstunde

Familiärer Brust und Eierstockkrebs

Bitte tragen Sie hier Angaben zu Ihrer väterlichen Familie ein.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Vater | Großmutter vs  (Mutter Ihres Vaters) | Großvater vs  (Vater Ihres Vaters) |
| Alter |  |  |  |
| Geburtsjahr und ggfs. Sterbealter |  |  |  |
| Ist eine Tumorerkrankung bekannt? Wenn ja, welche? |  |  |  |
| In welchem Alter wurde die Tumorerkrankung diagnostiziert? |  |  |  |
| Anzahl der Enkelkinder  (Bei Krebserkrankungen bitte mit Vermerk auf Seite 8) |  |  |  |

Vorbereitung der interdisziplinären Sprechstunde

Familiärer Brust und Eierstockkrebs

Bitte tragen Sie hier Angaben zu den Geschwistern Ihres Vaters ein.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Schwester / Bruder  Ihres Vaters | Schwester / Bruder  Ihres Vaters | Schwester / Bruder  Ihres Vaters | Schwester / Bruder  Ihres Vaters | Schwester / Bruder  Ihres Vaters |
| Halbgeschwister?  (mütterlicherseits =ms  Väterlicherseits= vs) | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs | ja  nein  ms  vs |
| Alter |  |  |  |  |  |
| Geburtsjahr und ggfs. Sterbealter |  |  |  |  |  |
| Ist eine Tumorerkrankung bekannt?  Wenn ja, welche? |  |  |  |  |  |
| In welchem Alter wurde  die Tumorerkrankung diagnostiziert? |  |  |  |  |  |
| Anzahl der jeweiligen Kinder  (Bei Krebserkrankungen bitte mit Vermerk auf Seite 8) |  |  |  |  |  |

Vorbereitung der interdisziplinären Sprechstunde

Familiärer Brust und Eierstockkrebs

Bitte tragen Sie hier Angaben zu den Geschwistern Ihres Vaters ein.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
| Art der Verwandschaftsbeziehung (z.B. Cousine einer Tante der Mutter) |  |  |  |  |  |
| Alter |  |  |  |  |  |
| Geburtsjahr und ggfs. Sterbealter |  |  |  |  |  |
| Ist eine Tumorerkrankung bekannt?  Wenn ja, welche? |  |  |  |  |  |
| In welchem Alter wurde  die Tumorerkrankung diagnostiziert? |  |  |  |  |  |
| Anzahl der jeweiligen Kinder |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| nein  ja, bei folgender Person: |

Wurde bereits eine genetische Ursache für einen familiären Brust- und Eierstockkrebs in Ihrer Familie nachgewiesen? Bitte senden Sie uns die Befunde hierzu mit.