

Name:

Konsultationsdatum:

Formular Familiengeschichte Krebserkrankungen

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und schicken Sie es uns vor Ihrer Konsultation

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und geben Sie uns so viele Informationen wie möglich über ihre engsten Familienangehörige, einschliesslich derjenigen Familienmitglieder, die keinen Krebs hatten.

Vielleicht kann Ihnen ein Familienmitglied helfen beim Ausfüllen dieses Formulars. **Alle Informationen die Sie uns geben, werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.**

| Verwandter | Nachname (Inklusive Mädchenname und frühere Namen) | Adresse (oder Stadt falls nähere Adresse unbekannt) | Geburts- datum (annähernd falls Jahr unbekannt) | Am Leben Ja/ Nein | Todes- datum (annähren d falls Jahr unbekannt) | Falls Sie oder Ihre Angehörigen Krebs hatten... | | |
|--|--|---|---|----------------------------|--|---|------------------------------------|--|
| | | | | | | Krebsart | Alter bei Diagnose- stellung | In welchem Spital behandelt (oder Stadt falls nähere Adresse unbekannt) |
| Selbst | | | | | | | | |
| Ihre Kinder | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Ihre Schwestern (Voll- oder Halb) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Ihre Brüder (Voll oder halb) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Ihre Mutter | | | | | | | | |
| Ihr Vater | | | | | | | | |
| Die Mutter Ihrer Mutter | | | | | | | | |
| Der Vater Ihrer Mutter | | | | | | | | |
| Die Mutter Ihres Vaters | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Der Vater Ihres Vaters | | | | | | | | |
| Die Brüder und Schwestern Ihrer Mutter | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Die Brüder und Schwestern Ihres Vaters | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

NAME & ADRESSE der zu beratenden Person:

Nachname:

Vorname:

Mädchenname:

Adresse:

Postleitzahl:

Geburtsdatum:

Private Tel. No:

Geschäfts Tel. No:

Krankenkassen No:

Jüdische Vorfahren?

Ja/Nein (Die Information ist wichtig um Ihre Krebsrisiko einzuschätzen da verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedliche genetische Krebsrisiken haben)

Name Ihres Hausarztes:

Adresse Ihres Hausarztes:

Postleitzahl ihres Hausarztes:

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular vor Ihrer Konsultation *With permission and based on the Cancer Family History Sheet of Clinical Genetics, Guy's and St Thomas NHS Foundation Trust*