

## Fragebogen zur Familie bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs

### Patientendaten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

weiblich

männlich

**Medizinisches  
Versorgungszentrum am  
Universitätsklinikum  
Münster - MVZ**

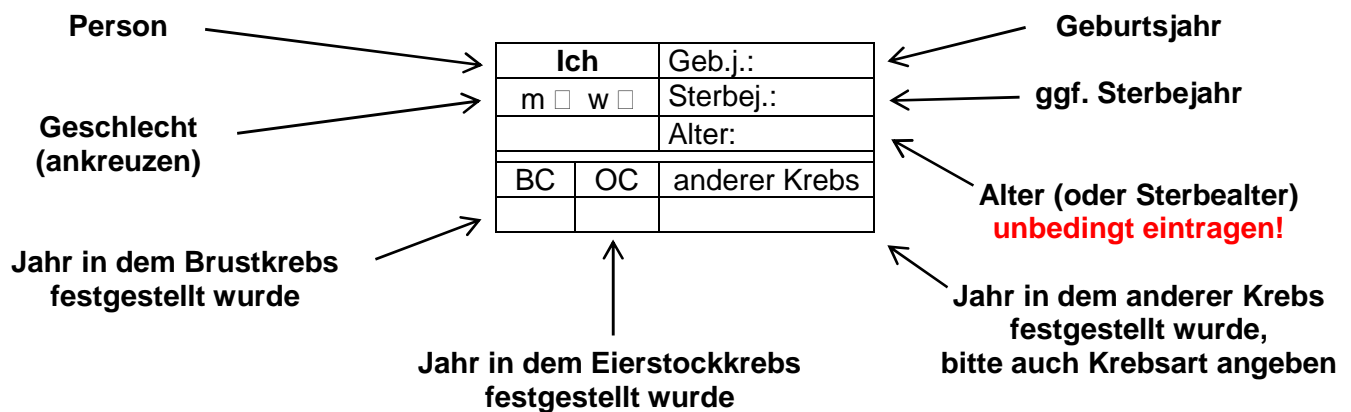


**Abteilung für Ambulante Humangenetik  
Genetische Beratung: Tel. 0251 - 83-53208  
Fax: 0251 - 83-55393**

### Wichtige Hinweise

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen **möglichst vollständig** aus. **Es sollen alle Familienmitglieder aufgeführt werden, nicht nur von Krebserkrankungen betroffene.** Wir benötigen die **Geburtsjahre und Alter Ihrer Geschwister, Nichten und Neffen, Eltern, Onkel & Tanten, Cousins & Cousinen und Großeltern.** Auf der letzten Seite sollen nochmals alle an Krebs erkrankten Personen detailliert aufgeführt werden.

### Erklärung zum Ausfüllen



### Legende

**m:** männlich

**w:** weiblich

**BC:** Brustkrebs

**OC:** Eierstockkrebs

**G1 bis G4:** Geschwister 1 bis 4 (älteste 1 → jüngste 4)

**K1 bis K4:** meine Kinder 1 bis 4 (älteste 1 → jüngste 4)

**K1-G1 bis K4-G1:** Kind 1 von Geschwister 1 bis Kind 4 von Geschwister 1, usw.

**M:** meine Mutter

**MM:** Großmutter mütterlicherseits

**VM:** Großvater mütterlicherseits

**GM1 bis GM3:** Geschwister der Mutter (meine Onkel und Tanten mütterlicherseits)

**K1-GM1 bis K4-GM4:** Cousin/-e 1 bis 4 mütterlicherseits

**V:** mein Vater

**MV:** Großmutter väterlicherseits

**VV:** Großvater väterlicherseits

**GV1 bis GV4:** Geschwister des Vaters (Onkel und Tanten väterlicherseits)

**K1-GV1 bis K4-GV4:** Cousin/-e 1 bis 4 väterlicherseits

**Halbgeschwister bitte mit „X“ kennzeichnen, gemeinsamen Elternteil mit „+“**

**Ich**

<b>Ich</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**meine Kinder**

<b>K1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Meine Geschwister**

<b>G1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**deren Kinder (meine Nichten und Neffen)**

<b>K1-G1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-G1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-G1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-G1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>G2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-G2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-G2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-G2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-G2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>G3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-G3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-G3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-G3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-G3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>G4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-G4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-G4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-G4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-G4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Meine Mutter**

<b>M</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <b>X</b>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Meine Großmutter**

<b>MM</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <b>X</b>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Mein Großvater**

<b>VM</b>		
Geb.j.:		
m <b>X</b> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Geschwister der Mutter**

<b>GM1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**deren Kinder (meine Cousins und Cousinen mütterlicherseits)**

<b>K1-GM1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-GM1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-GM1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-GM1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>GM2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-GM2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-GM2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-GM2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-GM2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>GM3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-GM3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-GM3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-GM3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-GM3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>GM4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-GM4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-GM4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-GM4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-GM4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Mein Vater**

<b>V</b>		
Geb.j.:		
m <input checked="" type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Meine Großmutter**

<b>MV</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input checked="" type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Mein Großvater**

<b>VV</b>		
Geb.j.:		
m <input checked="" type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Geschwister des Vaters**

<b>GV1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**deren Kinder (meine Cousins und Cousinen väterlicherseits)**

<b>K1-GV1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-GV1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-GV1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-GV1</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>GV2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-GV2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-GV2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-GV2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-GV2</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>GV3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-GV3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-GV3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-GV3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-GV3</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>GV4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K1-GV4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K2-GV4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K3-GV4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

<b>K4-GV4</b>		
Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

**Platz für weitere Verwandte** - Bitte Kennnummer entsprechend dem bisherigen System selbst eintragen (z.B. G5 für Ihr fünftes Geschwister)

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Geb.j.:		
m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Sterbej.:
Alter:		
BC	OC	anderer Krebs

Bitte für alle an Krebs erkrankten Verwandten und ggf. für Sie selbst vollständig ausfüllen

<b>Kennnummer</b>				
<b>Krebsart</b>				
<b>Erkrankungsalter</b>				
<b>Name, Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>ggf. Sterbedatum</b>				
<b>Wann/Wo behandelt (Krankenhaus)</b>				
<b>Kennnummer</b>				
<b>Krebsart</b>				
<b>Erkrankungsalter</b>				
<b>Name, Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>ggf. Sterbedatum</b>				
<b>Wann/Wo behandelt (Krankenhaus)</b>				