

Fragebogen Tumorerkrankungen in der Familie

Das Ausfüllen dieses Fragebogens hilft bei der Vorbereitung des Beratungsgesprächs und erleichtert damit, dass Ihnen bei diesem Gespräch möglichst viele Informationen vermittelt werden können. Alle Angaben erfolgen freiwillig. **Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.** Wenn Sie Fragen oder Probleme beim Ausfüllen dieses Bogens haben, stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer (0316) 385-73800 zur Verfügung.

Machen Sie bitte Angaben zu **Ihrer Person**

Vor- u. Zuname: _____ Titel: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

geb. am: _____ Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____ (zB. ÖGK, BVAEB, SVS-GW, SVS-LW, ...) SV.-Nr. _____

ausgeübter Beruf: _____ Telefon/Handy: _____ / _____
Vorwahl Telefonnummer

Anfragegrund	
Angaben zu eigenen Erkrankungen (insbesondere Tumorerkrankungen)	
Operationen (abgeschlossene bzw. geplante Eingriffe)	
Therapien (abgeschlossene, laufende und geplante Therapien)	

Befunde liegen bei ja nein

Machen Sie bitte Angaben zu Ihren **Kindern und Enkelkindern**

Vor- und Zuname der Kinder						
Geburtsjahr						
Geschlecht: m/w						
Gibt es Tumor- erkrankungen? Welche? Erkrankungsalter?						
Sonstige Erkrankungen/ Auffälligkeiten?						
Falls verstorben: Alter und Todesursache						
Falls Töchter/Söhne ggf. (Tumor-) Erkrankungen/ Erkrankungsalter						

Machen Sie bitte Angaben zu Ihren **Geschwistern / Halbgeschwistern**

Vor- und Zuname						
Geschwister (G), Halb- geschwister väterlich/ mütterlich (HGV/HGM)						
Geburtsjahr						
Geschlecht: m/w						
Gibt es Tumor- erkrankungen? Welche? Erkrankungsalter?						
Sonstige Erkrankungen/ Auffälligkeiten?						
Falls verstorben: Alter und Todesursache						
Falls Töchter/Söhne ggf. (Tumor-) Erkrankungen/ Erkrankungsalter						

Machen Sie bitte Angaben zu Ihren **Eltern**

	Mutter	Vater
Vor- und Zuname		
Geburtsjahr		
Gibt es Tumorerkrankungen? Welche? Erkrankungsalter?		
Sonstige Erkrankungen/Auffälligkeiten?		
Falls verstorben: Alter und Todesursache		

Machen Sie bitte Angaben zu den **Geschwistern / Halbgeschwistern Ihrer Mutter**

Vor- und Zuname				
Geschwister (G), Halb- geschwister väterlich/ mütterlich (HGV/HGM)				
Geburtsjahr				
Geschlecht: m/w				
Gibt es Tumorerkrankungen? Welche? Erkrankungsalter?				
Sonstige Erkrankungen/ Auffälligkeiten?				
Falls verstorben: Alter und Todesursache				
Falls Töchter/Söhne ggf. (Tumor-) Erkrankungen/ Erkrankungsalter				

Machen Sie bitte Angaben zu den **Geschwistern / Halbgeschwistern Ihres Vaters**

Vor- und Zuname				
Geschwister (G), Halbgeschwister väterlich/mütterlich (HGV/HGM)				
Geburtsjahr				
Geschlecht: m/w				
Gibt es Tumorerkrankungen? Welche? Erkrankungsalter?				
Sonstige Erkrankungen/Auffälligkeiten?				
Falls verstorben: Alter und Todesursache				
Falls Töchter/Söhne ggf. (Tumor-) Erkrankungen/ Erkrankungsalter				

Weitere Verwandte mit Tumorerkrankungen
(Erkrankung, Erkrankungsalter, falls verstorben: Alter / Todesursache)