

Fragebogen genetische Beratung

Tumor

Alle Informationen und Befunde unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Angaben zu Ihrer Person (Index-PatientIn)

Nachname		Vorname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Telefonnummer		E-Mail Adresse	
Adresse			
Krankenkasse		Police-Nr.	

Angaben zu Ihrer Kontaktperson

Nachname		Vorname	
Telefonnummer		Verhältnis	

Angaben zu Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Hausärztin/Hausarzt		Zuweisende/r Ärztin/Arzt	
Name		Name	
Adresse		Adresse	

Angaben zu eigenen Erkrankungen

Haben Sie selbst eine **Tumorerkrankung** (gehabt)? NEIN JA

Wenn **ja**, welche: _____

und in welchem **Alter**: _____. Bitte legen Sie den **histologischen Befund** bei.

Haben Sie sich "relevanten" Operationen unterzogen? NEIN JA

Wenn ja, welche: _____ und in welchem Alter: _____.

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie **genetische Untersuchungen** schon durchgeführt worden? NEIN JA

Wenn ja, bitte Befund unbedingt beilegen.

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen? Wenn ja, welche _____

Anmerkungen:

Kinder

Haben Sie Söhne (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Haben Sie Töchter (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Geschlecht		Lebt er/sie?			Gibt es Tumorerkrankungen?			Alter bei der Diagnose	Wie viele Kinder hat er/sie (gehabt)?
	M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___

Geschwister

Haben Sie Brüder (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Haben Sie Schwestern (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Geschlecht		Lebt er/sie?			Gibt es Tumorerkrankungen?			Alter bei der Diagnose	Wie viele Kinder hat er/sie (gehabt)?
	M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___

Nichten/Neffen (nur auszufüllen bei wichtigen Erkrankungen)

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Kind von:	Geschlecht		Lebt er/sie?			Tumorerkrankung	Alter bei der Diagnose
		M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		

Väterliche Familie

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Lebt er/sie?			Gibt es Tumorerkrankungen?			Alter bei der Diagnose
	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?	
Vater	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossvater v.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossmutter v.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Geschwister des Vaters (Onkeln und Tanten väterlicherseits)

Hat Ihr Vater Brüder (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____
 Hat Ihr Vater Schwestern (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Geschlecht		Lebt er/sie?			Gibt es Tumorerkrankungen?			Alter bei der Diagnose	Wie viele Kinder hat er/sie (gehabt)?
	M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___

Kinder der Geschwister des Vaters (Cousins und Cousinen väterlicherseits)

(nur auszufüllen bei wichtigen Erkrankungen)

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Kind von:	Geschlecht		Lebt er/sie?			Tumorerkrankung	Alter bei der Diagnose
		M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		

Mütterliche Familie

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Lebt er/sie?			Gibt es Tumorerkrankungen?			Alter bei der Diagnose
	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?	
Mutter	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossvater m.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossmutter m.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Geschwister der Mutter (Onkeln und Tanten mütterlicherseits)

Hat Ihre Mutter Brüder (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Hat Ihre Mutter Schwestern (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Geschlecht		Lebt er/sie?			Gibt es Tumorerkrankungen?			Alter bei der Diagnose	Wie viele Kinder hat er/sie (gehabt)?
	M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___

Kinder der Geschwister der Mutter (Cousins und Cousinen mütterlicherseits)

(nur auszufüllen bei wichtigen Erkrankungen)

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Kind von:	Geschlecht		Lebt er/sie?			Tumorerkrankung	Alter bei der Diagnose
		M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		

Kontaktdaten: Kantonsspital Aarau AG
 Institut für Labormedizin, Medizinische Genetik
 Tellstrasse 25, CH-5001 Aarau

Tel. +41 (0)62 838 53 98
 E-Mail: gen.beratung@ksa.ch

Datum ___ / ___ / _____

Unterschrift _____

