

Patienten-ID-Nr. _____

medXchange AG
Augustinergasse 17, CH-8001 Zürich
Telefon: (0041) (0) 1 212 44 46, Telefax: (0041) (0) 1 212 44 45
eMail: info@medxchange.org

Fragebogen zur familiären Krankengeschichte und Dickdarmkrebsrisikoeinschätzung

Die im Fragebogen gegebene Information wird vertraulich behandelt und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Der Fragebogen wurde erstellt um Informationen über die Krankengeschichte Ihrer Familie zu sammeln, die benötigt werden, um Ihr Dickdarmkrebsrisiko zu beurteilen.

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Tel.Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Anleitung zum Ausfüllen des Familienkrankengeschichtenbogens

- bitte füllen Sie alle Abschnitte so vollständig wie möglich aus
- bitte geben sie den Namen aller Angehörigen an, auch wenn diese nicht an einem Krebsleiden erkrankt sind oder waren
- wenn Sie keinen Angehörigen in einer der genannten Kategorien haben, markieren sie bitte in dieser Spalte „keine“ mit „X“.
- bitte geben Sie möglichst genaue Informationen über Alter, Geburtstage und Sterbedatum.
- schreiben Sie bitte „unbekannt“, wenn Sie Informationen nicht besitzen.
- wenn der Raum nicht ausreicht, können Sie zusätzliche Information auf Seite 7 schreiben
- schauen Sie sich bitte das folgende Beispiel an

Beispiel

	Name des Angehörigen (bitte auch Geburtsnamen angeben)	Geburtsdatum	Krebserkrankung Ja/Nein	Art der Krebs-erkrankung	Alter bei Krebs-diagnose	Dickdarm-polypen Ja/Nein (bitte auch das Alter bei Erstauftreten angeben)
Ihre Schwester(n)	1. Susanne Meier	24.5.48	Ja	Dickdarm	31	Ja, mit 29 Jahren
	2. Helga Schmidt, geb. Meier	20.4.50	Ja	Gebärmutter	35	Nein
	3. Iris Jansen geb. Schmidt keine	17.8.52	Nein			Ja, mit 25 Jahren
Ihr Bruder/ Ihre Brüder	1.					
	2.					
	3.					
	keine <u>X</u>					

bitte tragen Sie „unbekannt“ ein, falls Sie es nicht wissen oder in Erfahrung bringen konnten
 tragen Sie bitte alle Angehörigen ein
 markieren Sie bitte **nicht** blutsverwandte Angehörige mit *

	Name des Angehörigen	Geburtsdatum	Krebserkrankung Ja/Nein	Art der Krebserkrankung(en)	Alter bei Krebsdiagnose	Dickdarmpolypen Ja/Nein (bitte auch das Alter der Erstauftretens angeben)	falls Sterbealter	verstorben Todesursache
Sie selbst								
Ihr Ehegatte								
Ihre Mutter								
Ihr Vater								
Ihre Schwester(n)	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	keine _____							
Ihr Bruder (Brüder)	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	keine _____							

	Name des Angehörigen	Geburtsdatum	Krebserkrankung Ja/Nein	Art der Krebserkrankung(en)	Alter bei Krebsdiagnose	Dickdarmpolypen Ja/Nein (bitte auch das Alter der Erstauftretens angeben)	falls Sterbealter	verstorben Todesursache
Ihre Tochter (Töchter)	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	keine ____							
Ihr Sohn (Söhne)	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	keine ____							
Ihre Großeltern	Großmutter (mütterl.)							
	Großvater (mütterl.)							
	Großmutter (väterl.)							
	Großvater (väterl.)							

	Name des Angehörigen	Geburtsdatum	Krebserkrankung Ja/Nein	Art der Krebserkrankung(en)	Alter bei Krebsdiagnose	Dickdarmpolypen Ja/Nein (bitte auch das Alter der Erstauftretens angeben)	falls Sterbealter	verstorben Todesursache
Schwestern Ihrer Mutter	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	keine ____							
Brüder Ihrer Mutter	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	keine ____							
Schwestern Ihres Vaters	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	keine ____							

	Name des Angehörigen	Geburtsdatum	Krebserkrankung Ja/Nein	Art der Krebserkrankung(en)	Alter bei Krebsdiagnose	Dickdarmpolypen Ja/Nein (bitte auch das Alter der Erstauftretens angeben)	falls Sterbealter	verstorben Todesursache
Brüder Ihres Vaters	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	keine _____							

andere Angehörige

Bitte tragen Sie alle anderen Angehörigen mit Krebserkrankungen und/oder Darmpolypen ein
markieren Sie bitte **nicht** blutsverwandte Angehörige mit *

Name des Angehörigen	Verwandtschaftsverhältnis zu Ihnen (geben Sie bitte auch die Verwandtschaft über Mutter oder Vater an)	Geburtsdatum	Krebserkrankung Ja/Nein	Art der Krebserkrankung(en)	Alter bei Krebsdiagnose	Dickdarmpolypen Ja/Nein (bitte auch das Alter der Erstauftretens angeben)	falls Sterbealter	verstorben Todesursache

Patienten-ID-Nr. _____

Hier können Sie zusätzliche Informationen notieren