

## STAMMBAUMFRAGEBOGEN

Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Krankenversicherungsnummer:
Krankenkasse:	Staatsangehörigkeit:
Anschrift:	
Beruf:	
Berufsbedingtes Krankheitsrisiko (z.B. Strahlung, Chemikalien...):	

## A. GESUNDHEITZUSTAND

Haben Sie eine angeborene Fehlbildung? Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Durchgemachte oder aktuelle Krankheiten: Ja  Nein

Haben Sie oder hatten Sie (außer den üblichen Kinderkrankheiten) andere schwere Erkrankungen?

Wenn ja: Wurden Sie oder werden Sie behandelt wegen:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit   | <input type="checkbox"/> Sehschwäche              | <input type="checkbox"/> Stottern                            |
| <input type="checkbox"/> Migräne   | <input type="checkbox"/> Epilepsie                | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen             |
| <input type="checkbox"/> Atopisches Ekzem  | <input type="checkbox"/> Asthma                   | <input type="checkbox"/> Allergie                            |
| <input type="checkbox"/> Gicht   | <input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung              |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung           | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen                  |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen (Wann wurde die Diagnose gestellt? Um welche Tumorart handelt es sich?) |   |  |

Ich habe andere Beschwerden und Krankheiten (bitte beschreiben):

Hatten Sie Operationen oder Unfälle? Ja  Nein

Wenn ja, welche und in welchem Alter?

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente? Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Frauen: Hatten Sie eine spontane Fehlgeburt? Ja  Nein

Wenn ja, wie oft und in welcher Schwangerschaftswoche?

Falls Sie wegen einer der oben erwähnten Krankheiten behandelt werden:

BRINGEN SIE BITTE IHRE ÄRZTLICHEN UNTERLAGEN MIT. IM FALLE EINER TUMORERKRANKUNG AUCH BEFUNDE DER HISTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG.

Ihr behandelnder Arzt: Name, Fachrichtung, Adresse:

## STAMMBAUMFRAGEBOGEN

## B. ANGABEN ZUR FAMILIE

Wurde in Ihrer Familie eine Heirat unter Verwandten geschlossen?

Ja

Nein

Falls ja, unter welchen Verwandten?

Kamen in Ihrer Familie spontane Fehlgeburten oder Totgeburten vor?

Ja

Nein

Falls ja, bei welchen Verwandten?

Gab es in Ihrer Familie Zwillinge?

Ja

Nein

Falls ja, bei welchen Verwandten?

KINDER: Schreiben Sie bitte Namen, Geburtsjahr und Gesundheitszustand Ihrer Kinder vom ältesten zum jüngsten Kind.

Vorname und Name	Geburtsjahr	Gesundheitszustand (Krankheiten, angeborene Fehlbildungen, Tumorarten und Alter bei der Diagnosestellung, Todesursache und Todesalter)	Anzahl der Töchter	Anzahl der Söhne

Bemerkung: Für weitere Kinder finden Sie Platz auf der letzten Seite des Fragebogens. Falls Ihre Kinder Fehlbildungen oder Krankheiten haben, informieren Sie uns bitte, ob und wo sie behandelt werden. Nutzen Sie dafür die letzte Seite des Fragebogens.

GESCHWISTER: Schreiben Sie bitte Namen, Geburtsjahr und Krankheiten Ihrer Geschwister vom ältesten zum jüngsten Geschwister.

Erwähnen Sie bei Stiefgeschwistern, ob sie gemeinsame Mutter oder Vater haben.

Vorname und Name	Geburtsjahr	Gesundheitszustand (Krankheiten, angeborene Fehlbildungen, Tumorarten und Alter bei der Diagnosestellung, Todesursache und Todesalter)	Anzahl der Töchter	Anzahl der Söhne

Bemerkung: Für weitere Geschwister finden Sie Platz auf der letzten Seite des Fragebogens.

## STAMMBAUMFRAGEBOGEN

**ELTERN:** Schreiben Sie bitte Namen, Geburtsjahr und Gesundheitszustand Ihrer Eltern.

	Vorname und Name (auch Geburtsname)	Geburtsjahr	Gesundheitszustand (Krankheiten, angeborene Fehlbildungen, Tumorarten und Alter bei der Diagnosestellung, Todesursache und Todesalter)	Anzahl der Töchter	Anzahl der Söhne
Mutter					
Vater					

**FAMILIE DER MUTTER:** Schreiben Sie Vornamen und Namen der Eltern und der Geschwister Ihrer Mutter.

	Vorname und Name (auch Geburtsname)	Geburtsjahr	Gesundheitszustand (Krankheiten, angeborene Fehlbildungen, Tumorarten und Alter bei der Diagnosestellung, Todesursache und Todesalter)	Anzahl der Töchter	Anzahl der Söhne
Mutter meiner Mutter					
Vater meiner Mutter					
1. Geschwister					
2. Geschwister					
3. Geschwister					

Bemerkung: Für weitere Geschwister Ihrer Mutter finden Sie Platz auf der letzten Seite des Fragebogens.

**FAMILIE DES VATERS:** Schreiben Sie Vornamen und Namen der Eltern und Geschwister Ihres Vaters.

	Vorname und Name (auch Geburtsname)	Geburtsjahr	Gesundheitszustand (Krankheiten, angeborene Fehlbildungen, Tumorarten und Alter bei der Diagnosestellung, Todesursache und Todesalter)	Anzahl der Töchter	Anzahl der Söhne
Mutter meines Vaters					
Vater meines Vaters					
1. Geschwister					
2. Geschwister					
3. Geschwister					

Bemerkung: Für weitere Geschwister Ihres Vaters finden Sie Platz auf der letzten Seite des Fragebogens.

## STAMMBAUMFRAGEBOGEN

Sind Ihnen angeborene Entwicklungsfehler (angeborene Fehlbildungen) Ihrer Cousinen oder Cousins und ihrer Kinder bekannt? Oder in der weiteren Verwandtschaft? Ja  Nein

Falls Ja, schreiben Sie bei welchen Verwandten und um welche angeborenen Entwicklungsfehler (Fehlbildungen) es sich handelt.

Sind Ihnen Tumorerkrankungen Ihrer Cousinen oder Cousins und ihrer Kinder bekannt? Oder in der weiteren Verwandtschaft? Ja  Nein

Falls ja, schreiben Sie bitte bei welchen Verwandten und welche Tumorarten? Wie alt war die Person bei der Diagnosestellung? Lebt diese Person noch?

Weitere Bemerkungen:

Falls möglich: BRINGEN SIE BITTE ÄRZTLICHE UNTERLAGEN IHRER VERWANDTEN MIT.  
IM FALLE EINER TUMORERKRANKUNG AUCH BEFUNDE DER HISTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG.

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt habe (soweit mir die Informationen bekannt sind)

Datum:

Unterschrift: