

# 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	
Nationalität		Beruf	
Telefonnummer		E-Mail Adresse	
Adresse			
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 <small>(nicht-pflichtiges Feld)</small>	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 <small>(nicht-pflichtiges Feld)</small>	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 <small>(nicht-pflichtiges Feld)</small>	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](mailto:gen.beratung@ksa.ch)

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

