



Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde



Stammbaumerhebung zu familiärem Krebs

Name, Vorname:

Geb.-Datum:



Erläuterungen zur Stammbaumerhebung

Sehr geehrte Frau

Im Folgenden finden Sie sechs Fragebögen, vergrößerte Auszüge aus der Übersicht des nebenstehenden Familienstammbaums. Bitte füllen Sie die markierten Felder in den Fragebögen aus.



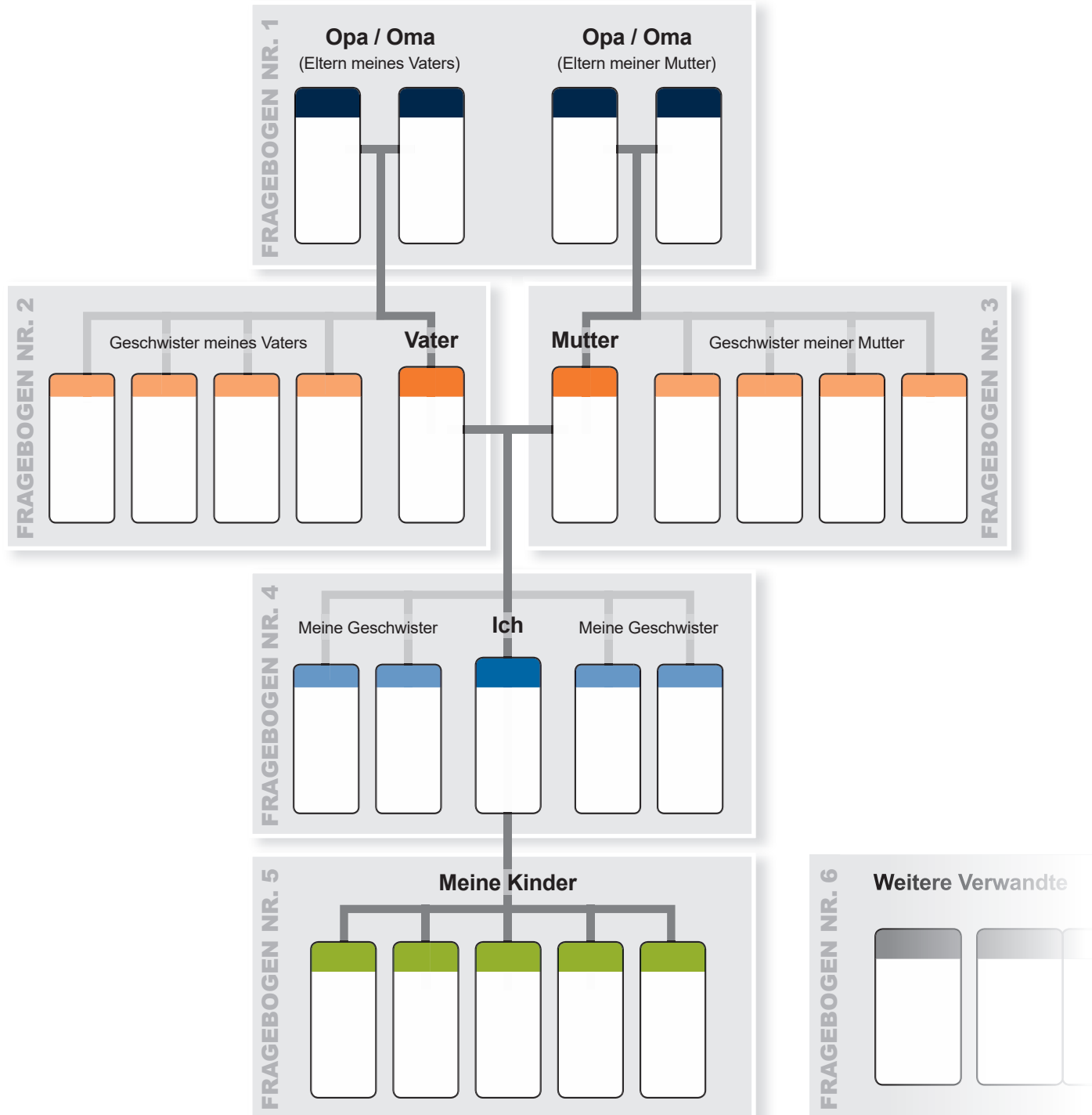
Nicht zutreffende Felder (z.B. mehr vorgesehene Geschwister als vorhanden) streichen Sie bitte durch. Sollten in Ihrer Familie Halbgeschwister vorkommen bitten wir Sie dies zu vermerken, mit Angabe, ob die Person die gleiche Mutter oder den gleichen Vater hat. Im zusätzlichen Fragebogen Nr. 6 können sie Angaben zu weiteren nicht im Schema erfassten Verwandten machen, die an einer Krebserkrankung leiden/litten. Bitte versuchen Sie möglichst genaue Angaben dazu zu machen, wie diese mit Ihnen verwandt sind.

Falls Sie Fragen haben, können Sie uns jederzeit unter **089 4140-6751** oder **089 4140-7406** erreichen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre

Dr. med. Sabine Grill
Leiterin Gynäkologische Tumorgenetik
Frauenklinik und Poliklinik
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Klinikum rechts der Isar





Oma / Opa

Eltern meines Vaters

Eltern meiner Mutter

Opa 1

Name (freiwillige Angabe): 

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Oma 1

Name (freiwillige Angabe): 

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Opa 2

Name (freiwillige Angabe): 

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Oma 2

Name (freiwillige Angabe): 

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

(Markierte Felder  bitte ausfüllen)

Vater

Geschwister meines Vaters

(nicht vorhandene bitte durchstreichen)

Geschwister 4

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Geschwister 3

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Geschwister 2

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Geschwister 1

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Vater

Name (freiwillige Angabe):

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Mutter

(Markierte Felder  bitte ausfüllen)



Geschwister meiner Mutter

(nicht vorhandene bitte durchstreichen)

Mutter

Name (freiwillige Angabe):

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen:

Geschwister 1

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen:

Geschwister 2

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen:

Geschwister 3

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen:

Geschwister 4

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen:

(Markierte Felder  bitte ausfüllen)

Ich

Meine Geschwister

(nicht vorhandene bitte durchstreichen)

Geschwister 1

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Geschwister 2

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Ich

Name (freiwillige Angabe):

Geburtsjahr: _____

Alter: _____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Meine Geschwister

(nicht vorhandene bitte durchstreichen)

Geschwister 3

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Geschwister 4

Name (freiwillige Angabe):

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:

☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

(Markierte Felder  bitte ausfüllen)

Meine Kinder

Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Name (freiwillige Angabe):  ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsjahr: _____ ☐ lebend ☐ verstorben Alter bzw. Sterbealter: _____ Jahre Krebserkrankung: ☐ nein ☐ ja Krebs-Diagnosealter: _____ Jahre Krebsart: _____ Bemerkungen: _____ _____ _____ _____	Name (freiwillige Angabe):  ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsjahr: _____ ☐ lebend ☐ verstorben Alter bzw. Sterbealter: _____ Jahre Krebserkrankung: ☐ nein ☐ ja Krebs-Diagnosealter: _____ Jahre Krebsart: _____ Bemerkungen: _____ _____ _____ _____	Name (freiwillige Angabe):  ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsjahr: _____ ☐ lebend ☐ verstorben Alter bzw. Sterbealter: _____ Jahre Krebserkrankung: ☐ nein ☐ ja Krebs-Diagnosealter: _____ Jahre Krebsart: _____ Bemerkungen: _____ _____ _____ _____	Name (freiwillige Angabe):  ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsjahr: _____ ☐ lebend ☐ verstorben Alter bzw. Sterbealter: _____ Jahre Krebserkrankung: ☐ nein ☐ ja Krebs-Diagnosealter: _____ Jahre Krebsart: _____ Bemerkungen: _____ _____ _____ _____	Name (freiwillige Angabe):  ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsjahr: _____ ☐ lebend ☐ verstorben Alter bzw. Sterbealter: _____ Jahre Krebserkrankung: ☐ nein ☐ ja Krebs-Diagnosealter: _____ Jahre Krebsart: _____ Bemerkungen: _____ _____ _____ _____

(Markierte Felder  bitte ausfüllen)

Weitere Verwandte

mit Krebserkrankung

Im Folgenden sollen Krebserkrankungen von im Stammbaum nicht angeführten Personen dargelegt werden. Bitte beschreiben Sie insbesondere wie diese Personen mit Ihnen verwandt sind und/oder vermerken Sie dies mit einer Fußnote (*Zahl) im schematischen Stammbaum. Bitte geben Sie auch an, ob Befunde der erkrankten Angehörigen vorliegen bzw. nachgereicht werden.

Verwandter 1

☐ männlich ☐ weiblich

Verwandschaftsgrad:

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:
☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Verwandter 2

☐ männlich ☐ weiblich

Verwandschaftsgrad:

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:
☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Verwandter 3

☐ männlich ☐ weiblich

Verwandschaftsgrad:

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:
☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____

Verwandter 4

☐ männlich ☐ weiblich

Verwandschaftsgrad:

Geburtsjahr: _____

☐ lebend ☐ verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

_____ Jahre

Krebserkrankung:
☐ nein ☐ ja

Krebs-Diagnosealter:

_____ Jahre

Krebsart: _____

Bemerkungen: _____
