

Medizinisch Genetisches Zentrum München

Fragebogen zur Erfassung von erblichen Dickdarmkrebserkrankungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krebserkrankungen treten in manchen Familien gehäuft auf, teilweise sind auch junge Familienmitglieder betroffen. Eine erbliche Krebserkrankung kann zum einen für Sie, aber auch für andere Familienmitglieder eine Risikoerhöhung bedeuten. Um hier entsprechende Vorsorgemaßnahmen treffen zu können, muss den behandelnden Ärzten die Familiengeschichte bekannt sein. Darüber hinaus ist das Darmkrebszentrum im Rahmen der Qualitätssicherung verpflichtet, die Familiengeschichte zu erheben. Wir bitten Sie daher höflichst, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Fragebogen zur Erfassung einer möglicherweise erblichen Tumorerkrankung

Der Fragebogen bezieht sich auf Tumorerkrankungen (Krebserkrankungen) die in unterschiedlichen Organen aufgetreten sein können, hierzu gehören auch Leukämien (Blutkrebs) und Lymphome (Lymphdrüsenkrebs).

Als Familienmitglieder werden folgende Personen gewertet:

- Kinder, Geschwister, Eltern und Großeltern,
- Tanten und Onkel väterlicherseits und mütterlicherseits
- Cousins und Cousinen väterlicherseits und mütterlicherseits

1. Bei mir oder einem Familienmitglied ist eine Krebserkrankung vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten

_____ ja, welche im Alter von:

_____ nein

2. Bei mir oder einem Familienmitglied sind zwei Krebserkrankungen aufgetreten

_____ ja, welche im Alter von:

_____ nein

3. In der Familie sind bei drei Familienmitgliedern Krebserkrankungen aufgetreten.

_____ ja, welche im Alter von:

_____ nein

Einverständnis:

Zur Abklärung möglicher erblicher Krebserkrankungen wird unser Darmkrebszentrum von Frau Prof. Holinski-Feder aus dem Medizinisch Genetischen Zentrum in München (MGZ) betreut. Ich bin damit einverstanden, dass dieser Fragebogen an Frau Prof. Holinski-Feder weitergegeben wird. Sollte sich aus den von mir gemachten Angaben der Verdacht auf eine erbliche Krebserkrankung ergeben, wünsche ich, dass das MGZ-München zur weiteren Abklärung Kontakt mit mir aufnimmt.

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Datum

Unterschrift

Meine Telefonnummer:

Fax-Nr. MGZ-München: 089-309088666