Uniklinikum Erlangen

Humangenetik Kussmaulallee 4 91054 Erlangen

Humangenetisches Institut
Genetische Sprechstunde
Direktor: Prof. Dr. med. André Reis

Telefon: 09131 85-32319
Fax: 09131 85-33232
email: beratung.hu@uk-erlangen.de
Kussmaulallee 4
91054 Erlangen
Öffentliche Verkehrsmittel:
Buslinien 289/290 Haltestelle Schwabachanlage

Terminvergabe zur genetischen Sprechstunde für familiäre Krebserkrankungen

Sehr geehrte Patienten,

Sie wünschten einen Termin in unserer genetischen Sprechstunde für familiäre **Krebserkrankungen** zu vereinbaren.

Im Folgenden bitten wir Sie Angaben zu den Verwandten Ihrer Familie zu machen. Ihre Angaben tragen dazu bei, dass wir im Vorfeld einschätzen können, wie hoch das Risiko für vererbbare Krebserkrankungen in Ihrer Familie ist.

Wir bitten Sie daher, Informationen zu Ihren Familienmitgliedern, deren Alter und möglichen Krebserkrankungen zusammenzutragen. Wenn Sie bei manchen Familienmitgliedern keine Informationen zusammentragen können, kreuzen Sie *unbekannt* an. Führen Sie bitte im Fragebogen nur die Familienangehörigen auf, die mit Ihnen blutsverwandt sind, nicht relevant sind angeheiratete Familienmitglieder wie z.B. der Ehemann Ihrer Tante.

Senden Sie diesen **Fragebogen** zusammen mit einem **Überweisungsschein (06)** von Ihrem behandelnden Arzt, z.B. Hausarzt oder Gynäkologen, bitte dann baldmöglichst an uns zurück:

Humangenetisches Institut, Kussmaulallee 4, 91054 Erlangen

Wir werden dann anhand Ihrer Angaben Ihr individuelles Risiko für einen Gendefekt ermitteln und uns danach mit Ihnen in Verbindung setzen.

Den **Anamnesebogen zur genaueren Berechnung des Brust- und Eierstockkrebsrisikos** benötigen wir nur von weiblichen Ratsuchenden, wenn es sich um die Fragestellung Brust- und Eierstockkrebsrisiko handelt.

Diese Unterlagen werden für etwaige Rückfragen, z.B. bei Änderungen Ihres Familienstammbaumes, bei uns aufbewahrt. Wenn Sie zum Ausfüllen des Fragebogens Rückfragen haben, können Sie gerne eine(n) unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter der Telefonnummer 09131 85 32319 erreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. André Reis
Institutsdirektor

Ihre persönlichen Daten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefonnummer	
Mobilnummer	
Krankenkasse/-versicherung	☐ privat ☐ gesetzlich Name der Kasse/Versicherung:

Eigene Krebserkrankungen

Sind Sie an Krebs erkrankt?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu Ihrer Person	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter auf Seite 2

1. Brustkrebs	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Seite**		**Histologie**		
			☐ rechts	☐ links	☐ ER-positiv	☐ PR-positiv	☐ HER2-positiv	☐ unbek.

2. Brustkrebs	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Seite**		**Histologie**		
			☐ rechts	☐ links	☐ ER-positiv	☐ PR-positiv	☐ HER2-positiv	☐ unbek.

Eierstockkrebs	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**		**Histologie**
				☐ unbek.

Andere Krebserkrankung	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Krebsart**	**Histologie**
				☐ unbek.

Falls bei Ihnen selbst weitere Krebserkrankungen bekannt sind, bitte am Ende des Fragebogens unter Anmerkungen aufführen.

Ihre Kinder

Haben Sie eigene Kinder?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu Ihren Kindern	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter auf Seite 4

	Vorname	**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Ggf. Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
Kind 1		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind 2		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind 3		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind 4		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind 5		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Ihre Enkelkinder

Haben Sie Enkelkinder?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte Angaben zu Ihren Enkelkindern	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter auf Seite 5.

	Vorname	**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Ggf. Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
Kind von									
Enkelkind		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von									
Enkelkind		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von									
Enkelkind		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von									
Enkelkind		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von									
Enkelkind		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Falls Sie mehr Enkelkinder haben, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Ihre Geschwister

Haben Sie Geschwister?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte Angaben zu Ihren Geschwistern	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter auf Seite 6

	Vorname	**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Ggf. Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
Ihr Schwester / Ihr Bruder		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihr Schwester / Ihr Bruder		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihr Schwester / Ihr Bruder		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihr Schwester / Ihr Bruder		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Bei folgenden von den oben genannten Schwestern / Brüdern handelt es sich um **Halbgeschwister** (Bitte Vornamen angeben):
Gleiche Mutter aber anderer Vater:
Gleicher Vater aber andere Mutter:

Falls Sie mehr Geschwister haben, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Ihre Nichten und Ihre Neffen

Hat eine Ihrer Schwestern / Brüder eigene Kinder (Ihre Nichten und Neffen)?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte Angaben zu Ihren Nichten und Neffen.	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter auf Seite 6

	Vorname	**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Ggf. Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
Kind von Bruder / Schwester									
Kind (Ihre Nichte / Ihr Neffe)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

	Vorname	Geschlecht		Geburtsjahr	Ggf. Sterbejahr	Krebserkrankung		Ggf. Krebsart	Erkrankungs-alter
Kind von Bruder / Schwester									
Kind (Ihre Nichte / Ihr Neffe)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Bruder / Schwester									
Kind (Ihre Nichte / Ihr Neffe)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Bruder / Schwester									
Kind (Ihre Nichte / Ihr Neffe)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Bruder / Schwester									
Kind (Ihre Nichte / Ihr Neffe)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Bruder / Schwester									
Kind (Ihre Nichte / Ihr Neffe)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Bruder / Schwester									
Kind (Ihre Nichte / Ihr Neffe)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Bruder / Schwester									
Kind (Ihre Nichte / Ihr Neffe)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Falls Sie mehr Nichten oder Neffen haben, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Mütterliche Verwandtschaft

Ihre Mutter

Ihre Mutter	Vorname:	Geburtsjahr:	Ggf. Sterbejahr:

War Ihre Mutter an Krebs erkrankt?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu Ihrer Mutter	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter zu Großeltern

1. Brustkrebs	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Seite**		**Histologie**			
			☐ rechts	☐ links	☐ ER-positiv	☐ PR-positiv	☐ HER2-positiv	☐ unbek.

2. Brustkrebs	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Seite**		**Histologie**			
			☐ rechts	☐ links	☐ ER-positiv	☐ PR-positiv	☐ HER2-positiv	☐ unbek.

Eierstockkrebs	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Histologie**	
				☐ unbek.

Andere Krebserkrankung	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Krebsart**	**Histologie**
				☐ unbek.

Falls bei Ihrer Mutter weitere Krebserkrankungen bekannt sind, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Ihre Großeltern mütterlicherseits

	Vorname		Geburts-jahr	Ggf. Sterbejahr	Krebserkrankung		Krebsart	Erkrankungs-alter
Ihre Großmutter					☐ ja	☐ nein		
Ihr Großvater					☐ ja	☐ nein		

Falls bei Ihren Großeltern weitere Krebserkrankungen bekannt sind, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Ihre Tanten und Ihre Onkel mütterlicherseits

Hat Ihre Mutter Geschwister (Ihre Tanten und Onkel mütterlicherseits)?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu Tanten/ Onkel	☐ nein Falls *nein,* gehen Sie bitte weiter auf Seite 9

	Vorname	**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Ggf. Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Falls Sie mehr Tanten oder Onkel mütterlicherseits haben, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Ihre Cousinen und Ihre Cousins mütterlicherseits

Hat eine Ihrer Tanten / Ihrer Onkel eigene Kinder (Ihre Cousinen und Cousins mütterlicherseits)?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu Cousinen und Cousins	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter auf Seite 9

	Vorname	**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Ggf. Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin)		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Falls Sie mehr Cousinen oder Cousins mütterlicherseits haben, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Väterliche Verwandtschaft

Ihr Vater

Ihr Vater	Vorname:	Geburtsjahr:	Ggf. Sterbejahr:

War Ihr Vater an Krebs erkrankt?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu Ihrem Vater	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter zu Großeltern

Brustkrebs	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Seite**		**Histologie**			
			☐ rechts	☐ links	☐ ER-positiv	☐ PR-positiv	☐ HER2-positiv	☐ unbek.

Prostatakrebs	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Seite**		**Histologie**			
			☐ rechts	☐ links	☐ ER-positiv	☐ PR-positiv	☐ HER2-positiv	☐ unbek.

Andere Krebserkrankung	☐ ja ☐ nein	**Erkrankungsalter**	**Krebsart**	**Histologie**
				☐ unbek.

Falls bei Ihrer Mutter weitere Krebserkrankungen bekannt sind, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Ihre Großeltern väterlicherseits

	Vorname		Geburts-jahr	Ggf. Sterbejahr	Krebserkrankung		Krebsart	Erkrankungs-alter
Ihre Großmutter					☐ ja	☐ nein		
Ihr Großvater					☐ ja	☐ nein		

Falls bei Ihren Großeltern weitere Krebserkrankungen bekannt sind, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Ihre Tanten und Ihre Onkel väterlicherseits

Hat Ihr Vater Geschwister (Ihre Tanten und Onkel väterlicherseits)?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu Tanten /Onkel	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter auf Seite 12

	Vorname	**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Ggf. Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Ihre Tante/ Ihr Onkel		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Falls Sie mehr Tanten oder Onkel väterlicherseits haben, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Ihre Cousinen und Ihre Cousins väterlicherseits

Hat eine Ihrer Tanten / Ihrer Onkel eigene Kinder (Ihre Cousinen und Cousins väterlicherseits)?	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu Cousinen und Cousins	☐ nein Falls *nein*, gehen Sie bitte weiter auf Seite 12

	Vorname	**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Ggf. Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		
Kind von Tante/ Onkel									
Kind (Ihre Cousine / Ihr Cousin		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Falls Sie mehr Cousinen oder Cousins väterlicherseits haben, können Sie diese am Ende des Fragebogens aufführen.

Weitere Verwandte

Gibt es aufgrund der Größe Ihrer Familie weitere Verwandte mütterlicherseits oder väterlicherseits, die Sie im bisherigen Fragebogen nicht aufgeführt haben? Diese können Sie nachfolgend angeben.	☐ ja Falls *ja*, machen Sie bitte nachfolgend Angaben zu diesen Personen.	☐ nein Falls *nein* oder *unbekannt*, ist der Fragebogen beendet.

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**		**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs-alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja	☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**	**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs -alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja ☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**	**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs -alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja ☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**	**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs -alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja ☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**	**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs -alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja ☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**	**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs -alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja ☐ nein		

Verwandtschaftsverhältnis:								
Vorname		**Geschlecht**		**Geburtsjahr**	**Sterbejahr**	**Krebserkrankung**	**Ggf. Krebsart**	**Erkrankungs -alter**
		☐ m	☐ w			☐ ja ☐ nein		

Anmerkungen

Uniklinikum
Erlangen

Humangenetisches Institut
Direktor: Prof. Dr. med. André Reis

Anamnesebogen zur genaueren Berechnung des Brust- und Eierstockkrebsrisikos

Liebe Patientin,

wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Neben den Angaben zu Ihrer Familiengeschichte sind auch die nachfolgenden Angaben zu Ihrer Person wichtig, um Ihr persönliches Risiko für Brust- und Eierstockkrebs möglichst genau zu berechnen.

Wenn Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens Rückfragen haben, können Sie gerne eine(n) unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Familiären Brust- und Eierstockkrebszentrums fragen. Hierzu können Sie uns auch unter der Telefonnummer 09131 85 43548 erreichen. Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Ihr Team aus dem Familiären Brust- und Eierstockkrebszentrum
des Universitätsklinikums Erlangen

Wie groß sind Sie?	_____ cm
Wie viel wiegen Sie aktuell?	_____ kg

Trinken Sie Alkohol?	Ja	Nein	Unbekannt

<u>Falls ja</u>:				
Getränk	Täglich	Wöchentl.	Monatl.	Anzahl
Glas Wein (175 ml)				
Glas Bier / Apfelwein (500 ml)				
Flasche Bier (330 ml)				
Alcopop (275 ml)				
Schnapsglas (25 ml) mit Spirituosen (z.B. Gin, Rum, Wodka, Whisky, Tequila, etc.)				

Wie alt waren Sie, als Ihre Periode sich vollständig einstellte?	_____ Jahre

Hat Ihre Periode vollständig aufgehört? Das heißt, Sie hatten in den letzten 6 Monaten keine Periode und sind weder schwanger noch nehmen Sie ein hormonelles Verhütungsmittel ein.	Ja	Nein	Unbekannt

Wie alt waren Sie, als Ihre Periode vollständig ausgeblieben ist?	**Alter (in Jahren)**	
	vor 40	
	40 bis 44	
	45 bis 49	
	50 bis 54	
	älter als 54	

Haben Sie jemals die „Pille“ eingenommen?	Ja	Nein	Unbekannt

<u>Falls ja</u>: Wie viele Jahre haben Sie die „Pille“ eingenommen?	**Zeitraum**	
	Weniger als 1 Jahr	
	1 bis 4 Jahre	
	5 bis 9 Jahre	
	10 bis 14 Jahre	
	15 Jahre oder mehr	

<u>Falls ja</u>: Haben Sie in den letzten zwei Jahren die „Pille“ eingenommen?	Ja	Nein	Unbekannt

Haben Sie während oder nach den Wechseljahren jemals eine Hormonersatztherapie angewendet?	Ja	Nein	Unbekannt

<u>Falls ja</u>: Zählen Sie bitte die Jahre und Monate, in denen Sie eine Hormonersatztherapie angewendet haben, zusammen. (Zählen Sie bitte die Jahre und Monate, in denen Sie keine Hormonersatztherapie angewendet haben, nicht mit.)	**Zeitraum**	
	Weniger als 1 Jahr	
	1-4 Jahre	
	5-9 Jahre	

<u>Falls ja</u>: Haben Sie in den vergangenen fünf Jahren eine Hormonersatztherapie angewendet?	Ja	Nein	Unbekannt

<u>Falls ja</u>: Wie lautet der Name des Präparats der Hormonersatztherapie, das Sie verwendet haben?	_____	Unbekannt

<u>Falls ja</u>: Welche Art der Hormonersatztherapie haben Sie eingenommen?	
Alleinige Östrogentherapie	
Kombinationstherapie (Östrogen/Gestagen)	
Sonstige Art von Hormonersatztherapie	
Art der Hormonersatztherapie nicht bekannt	

Hatten Sie jemals eine Mammographie?	Ja	Nein	Unbekannt

<u>Falls ja</u>: Manchen Frauen wird die Brustdichte mitgeteilt. War dies bei Ihnen der Fall?	Ja	Nein	Unbekannt

<u>Falls ja</u>: Wie ist Ihre Brustdichte?	1	
	2	
	3	
	4	
	Unbekannt	

Wurde bei Ihnen jemals Endometriose diagnostiziert?	Ja	Nein	Unbekannt

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Operationen durchgeführt?	Ja	Nein	Unbekannt
Entfernung beider Eierstöcke			
Entfernung beider Brüste			

Wurde in Ihrer Familie eine genetische Testung bei Verdacht auf familiären Brust- und Eierstockkrebs durchgeführt?	Ja	Nein	Unbekannt

<u>Falls ja</u>: Bei wem?	_____

<u>Falls ja</u>: Lassen Sie uns bitte diesen genetischen Befund zukommen oder geben Sie bitte rechts an, welche Gene bei dieser genetischen Testung untersucht wurden und wie das Testergebnis war (sofern bekannt). Kreuzen Sie bitte "**Keine Mutation**" an, wenn ein unauffälliges Genergebnis in dem entsprechenden Gen vorliegt. Kreuzen Sie bitte "**Mutation**" an, wenn eine krankheitsverursachende Genveränderung in dem entsprechenden Gen vorliegt. Kreuzen Sie bitte "**Nicht untersucht**" an, wenn das entsprechende Gen nicht untersucht wurde.	**Gen**	**Keine Mutation**	**Mutation**	**Nicht untersucht**
	BRCA1			
	BRCA2			
	ATM			
	BRIP1			
	CHEK2			
	PALB2			
	RAD51C			
	RAD51D			
	Andere			

<u>Anmerkungen:</u>