

VERTRAULICH

Liegen Hinweise auf eine Veranlagung zu Brustkrebs und damit assoziierten Tumorerkrankungen vor ?

Vorname / Name:

Geburtsdatum: Wohnort:

Die nachstehenden Fragen dienen Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt zur Abschätzung, ob bei Ihnen aufgrund der gesundheitsbezogenen Familiengeschichte eine Veranlagung für Tumorerkrankungen, insbesondere dem erblichen Brust- und Eierstockkrebs, vorliegen könnte. Bitte wenden Sie sich bei Verständnisfragen direkt an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

- | | | | | |
|----|---|--------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. | Trat bei Ihnen eine Krebserkrankung vor dem 51. Lebensjahr auf ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |
| 2. | Erkrankten Verwandte (z.B. Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkel/Tanten) vor dem 51. Lebensjahr an Krebs ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |
| | Falls ja: Erkrankten manche Verwandte ausgesprochen früh, d.h. vor dem 36. Lebensjahr , an Krebs ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |
| 3. | Wurde bei Ihnen oder Verwandten ein sog. „ Triple-negativer “ Brustkrebs festgestellt ? (d.h. der Krebs weist weder Östrogen- noch Progesteron- oder HER2-„Antennen“ auf) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |
| 4. | Erkrankten Verwandte an beidseitigem Brustkrebs ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |
| 5. | Erkrankten Verwandte an Eierstockkrebs ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |
| 6. | Erkrankten männliche Verwandte an Brustkrebs ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |
| 7. | Wurde bei Verwandten mittels Gentest eine Tumor-Veranlagung festgestellt ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |
| 8. | Sind Sie jüdischer Abstammung ?
(gehäuftes Vorkommen von bestimmten Genveränderungen bei aschkenasischen Juden/Jüdinnen) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht |

Falls Sie eine dieser Fragen mit **Ja** beantworten, empfehlen wir Ihnen, zusätzlich die vollständige Familiengeschichte (Name, Verwandtschaftsgrad, Art der Krebserkrankung und Erkrankungsalter) auf einem separaten Blatt zu notieren und dieses Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt vorzulegen.

Bemerkungen: (Bitte tragen Sie hier auch allfällige, bei Ihnen/in der Familie bekannte Erbkrankheiten ein)