

Fragebogen zur Erblichkeit von Krebserkrankungen in der Familie

Fam.-Nr.:

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.: (privat) _____ (dienstlich): _____

Handy: _____ Email: _____

Krankenversicherung:

gesetzlich: _____ Mitgliedsnummer: _____

Krankenkassennummer: _____

Versichertenstatus: Mitglied Rentner Familienangehöriger

privat: _____ KVB Postbeamten Bundesknappschaft

Zur übersichtlichen Auswertung wird jedem Familienmitglied eine Kennnummer zugeordnet (z.B. K1 für Ihr erstes Kind, E1/1 für das erste Kind Ihres ersten Kindes usw.).

Für die korrekte Auswertung ist es erforderlich, dass diese Kennnummern im gesamten Fragebogen den jeweils zugeordneten Personen erhalten bleiben.

I Meine Familie (ich, meine Kinder und meine Geschwister)

Ich und meine Kinder

ich

K1

K2

K3

K4

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

K5

K6

K7

K8

K9

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Meine Schwestern und Brüder

G1

G2

G3

G4

G5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Meine Schwestern und Brüder

G6

G7

G8

G9

G10

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

➔ Wenn „Krebs“ = ja – bitte nähere Angaben unter der Kennnummer (z.B. K1) auf der letzten Seite

II Meine Familie (meine Neffen und Nichten)

(hinter „Kinder von“ bitte die entsprechende Kennnummer (z.B. „G1“) angeben)

Kinder von

N1/1

N1/2

N1/3

N1/4

N1/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kinder von

N2/1

N2/2

N2/3

N2/4

N2/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kinder von

N3/1

N3/2

N3/3

N3/4

N3/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kinder von

N4/1

N4/2

N4/3

N4/4

N4/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kinder von

N5/1

N5/2

N5/3

N5/4

N5/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

➔ Wenn „Krebs“ = ja – bitte nähere Angaben unter der Kennnummer (z.B. „N1/1“) auf der letzten Seite

III Meine Familie (meine Enkelkinder)

(hinter „Kinder von“ bitte die entsprechende Kennnummer (z.B. „K1“) angeben)

Kinder von

E1/1

E1/2

E1/3

E1/4

E1/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

Kinder von

E2/1

E2/2

E2/3

E2/4

E2/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

Kinder von

E3/1

E3/2

E3/3

E3/4

E3/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

Kinder von

E4/1

E4/2

E4/3

E4/4

E4/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

Kinder von

E5/1

E5/2

E5/3

E5/4

E5/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

➔ Wenn „Krebs“ = ja – bitte nähere Angaben unter der Kennnummer (z.B. „E1/1“) auf der letzten Seite

IV Mütterliche Familie (meine Mutter, deren Eltern und Geschwister)

Mutter

M

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

Mutter der Mutter, Vater der Mutter

MM

VM

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

Schwestern der Mutter

SM1

SM2

SM3

SM4

SM5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

Brüder der Mutter

BM1

BM2

BM3

BM4

BM5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Jahre
w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

➔ Wenn „Krebs“ = ja – bitte nähere Angaben unter der Kennnummer (z.B. MM) auf der letzten Seite

V Väterliche Familie (mein Vater, dessen Eltern und Geschwister)

Vater

V

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Mutter des Vaters, Vater des Vaters

MV

VV

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Schwestern des Vaters

SV1

SV2

SV3

SV4

SV5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Brüder des Vaters

BV1

BV2

BV3

BV4

BV5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
w m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

➔ Wenn „Krebs“ = ja – bitte nähere Angaben unter der Kennnummer (z.B. MV) auf der letzten Seite

VI Mütterliche Familie (meine Cousins und Cousinen)

(hinter „Kinder von“ bitte die entsprechende Kennnummer (z.B. „SM1“ oder „BM1“) angeben)

Kinder von

CM1/1

CM1/2

CM1/3

CM1/4

CM1/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kinder von

CM2/1

CM2/2

CM2/3

CM2/4

CM2/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kinder von

CM3/1

CM3/2

CM3/3

CM3/4

CM3/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kinder von

CM4/1

CM4/2

CM4/3

CM4/4

CM4/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kinder von

CM5/1

CM5/2

CM5/3

CM5/4

CM5/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ja nein	..... Jahre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
w m	ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

➔ Wenn „Krebs“ = ja – bitte nähere Angaben unter der Kennnummer (z.B. „CM1/1“) auf der letzten Seite

VII Väterliche Familie (meine Cousins und Cousinen)

(hinter „Kinder von“ bitte die entsprechende Kennnummer (z.B. „SV1“ oder „BV1“) angeben)

Kinder von

CV1/1

CV1/2

CV1/3

CV1/4

CV1/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

Kinder von

CV2/1

CV2/2

CV2/3

CV2/4

CV2/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

Kinder von

CV3/1

CV3/2

CV3/3

CV3/4

CV3/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

Kinder von

CV4/1

CV4/2

CV4/3

CV4/4

CV4/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

Kinder von

CV5/1

CV5/2

CV5/3

CV5/4

CV5/5

lebt	Alter/Todesalter
Geschlecht	Krebs

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

ja nein	..... Jahre
w m	ja nein

➔ Wenn „Krebs“ = ja – bitte nähere Angaben unter der Kennnummer (z.B. „CV1/1“) auf der letzten Seite

Bitte ausfüllen für alle in der Familie an Krebs erkrankten Personen (ggf. auch für Sie)

Kennnummer			
Krebsart			
Erkrankungsalter			
Name, Vorname			
Geb.-Datum			
ggf. Sterbedatum			

Kennnummer			
Krebsart			
Erkrankungsalter			
Name, Vorname			
Geb.-Datum			
ggf. Sterbedatum			