

Beispiel Tabelle für Angaben zur Familie

Ich und meine Geschwister											
A	Ich		A1	Geschwister		A2	Geschwister		A3	Geschwister	
Aa	Meine Kinder		A1a	Kinder		A2a	Kinder		A3a	Kinder	
Ab	Meine Kinder		A1b	Kinder		A2b	Kinder		A3b	Kinder	
Ac	Meine Kinder		A1c	Kinder		A2c	Kinder		A3c	Kinder	

Die Familie meines Vaters										
B3	Geschwister meines Vaters		B2	Geschwister meines Vaters		B1	Geschwister meines Vaters	B	Mein Vater	
B3a	Kinder		B2a	Kinder		B1a	Kinder			
B3b	Kinder		B2b	Kinder		B1b	Kinder			
B3c	Kinder		B2c	Kinder		B1c	Kinder			
D1	Geschwister des Großvaters		D	Großvater väterlicherseits		E	Großmutter väterlicherseits	E1	Geschwister der Großmutter	
D1a	Kinder							E1a	Kinder	
D1b	Kinder							E1b	Kinder	
D1c	Kinder							E1c	Kinder	

Die Familie meiner Mutter										
C	Meine Mutter		C1	Geschwister meiner Mutter		C2	Geschwister meiner Mutter	C3	Geschwister meiner Mutter	
			C1a	Kinder		C2a	Kinder		C3a	Kinder
			C1b	Kinder		C2b	Kinder		C3b	Kinder
			C1c	Kinder		C2c	Kinder		C3c	Kinder
F1	Geschwister des Großvaters		F	Großvater mütterlicherseits		G	Großmutter mütterlicherseits	G1	Geschwister der Großmutter	
F1a	Kinder							G1a	Kinder	
F1b	Kinder							G1b	Kinder	
F1c	Kinder							G1c	Kinder	

Tabelle für Angaben zur Familie

ID Familie:											
Ich und meine Geschwister											
A			A1			A2			A3		
Aa			A1a			A2a			A3a		
Ab			A1b			A2b			A3b		
Ac			A1c			A2c			A3c		

Die Familie meines Vaters								Die Familie meiner Mutter																
B3			B2			B1			B			C			C1			C2			C3			
B3a			B2a			B1a							C1a			C2a			C3a					
B3b			B2b			B1b							C1b			C2b			C3b					
B3c			B2c			B1c							C1c			C2c			C3c					
D1			D			E			E1			F1			F			G			G1			
D1a									E1a			F1a						G1a						
D1b									E1b			F1b						G1b						
D1c									E1c			F1c						G1c						

1. Bitte tragen Sie den Vornamen und den ersten Buchstaben des Nachnamens für jede Person Ihrer Familie in das farbig markierte Feld ein. Wir benötigen die Angaben über Sie und Ihre Geschwister, die Familie Ihrer Mutter, die Familie Ihres Vaters sowie die Familien Ihrer Großeltern. Bei mehr als 3 Kindern erweitern Sie bitte die Tabelle selbst, z.B. mit Ad für Ihr viertes Kind oder mit A1d für das vierte Kind Ihrer Schwester oder Ihres Bruders.
2. Dann übernehmen Sie bitte den Code, z.B. A für sich selbst oder B für Ihren Vater und C für Ihre Mutter, in das Formular und ergänzen die Angaben. Für Angehörige mit einer Krebserkrankung (auch wenn nur Verdacht vorliegt) benötigen wir mehr Informationen als für Angehörige ohne Krebserkrankung. Deshalb liegen zwei Formulare bei.

Beispiel für das Ausfüllen des Formulars für mich und alle meine an Krebs erkrankten Verwandten

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)	A	weiblich <input checked="" type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name	Müller	Geburtsname	Schmidt
Vorname	Susanne	lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>
Geburtsdatum	01.01.1800	Heutiges Alter	entfällt
Alter bei Erstdiagnose	35 Jahre		
Sterbedatum	01.10.1850	Sterbealter	50 Jahre
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig	Brustkrebs, einseitig, links		
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt	Universitätsklinikum Dresden, Frauenklinik, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, 1844		
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung	Universitätsklinikum Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, 1845, Operation, Brustentfernung		
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse))	Universitätsklinikum Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden		
Was war die Todesursache	Metastasen im Gehirn		

Beispiel für das Ausfüllen des Formulars für alle *nicht* an Krebs erkrankten Verwandten

Verwandtschaftsgrad	Aa	weiblich <input checked="" type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name	Müller	Geburtsname	entfällt
Vorname	Sophie	lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>
Geburtsdatum	01.01.1825	Heutiges Alter	entfällt
Sterbedatum	01.10.1875	Todesalter	50 Jahre
Erkrankungen (außer Krebs)	Asthma		

Ausgefüllt am (Datum):

Angaben zur eigenen Person, ID Familie [_____]

			weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname		
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter		
Alter bei Erstdiagnose				
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig				
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt				
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung				

Ausgefüllt am (Datum):

Alle meine an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Alter bei Erstdiagnose			
Sterbedatum		Sterbealter	
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung			
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse)			
Was war die Todesursache			

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Alter bei Erstdiagnose			
Sterbedatum		Sterbealter	
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung			
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse)			
Was war die Todesursache			

Ausgefüllt am (Datum):

Alle meine an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Alter bei Erstdiagnose			
Sterbedatum		Sterbealter	
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung			
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse))			
Was war die Todesursache			

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Alter bei Erstdiagnose			
Sterbedatum		Sterbealter	
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung			
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse))			
Was war die Todesursache			

Ausgefüllt am (Datum):

Alle meine an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Alter bei Erstdiagnose			
Sterbedatum		Sterbealter	
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung			
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse))			
Was war die Todesursache			

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Alter bei Erstdiagnose			
Sterbedatum		Sterbealter	
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung			
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse))			
Was war die Todesursache			

Ausgefüllt am (Datum):

Alle meine an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Alter bei Erstdiagnose			
Sterbedatum		Sterbealter	
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung			
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse))			
Was war die Todesursache			

Verwandtschaftsgrad (siehe Tabelle)		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Alter bei Erstdiagnose			
Sterbedatum		Sterbealter	
Krebsart bzw. Diagnose, bitte auch angeben: einseitig rechts oder einseitig links oder beidseitig			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann wurde die Diagnose gestellt			
In welchem Krankenhaus (Name, Adresse) und wann erfolgte welche Behandlung			
Wo starb die Person (Krankenhaus (Name, Adresse))			
Was war die Todesursache			

Ausgefüllt am (Datum):

Alle nicht an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Ausgefüllt am (Datum):

Alle *nicht* an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Ausgefüllt am (Datum):

Alle nicht an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Ausgefüllt am (Datum):

Alle nicht an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Ausgefüllt am (Datum):

Alle *nicht* an Krebs erkrankten Verwandten, ID Familie [_____]

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Verwandtschaftsgrad		weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Name		Geburtsname	
Vorname		lebt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Heutiges Alter	
Sterbedatum		Todesalter	
Erkrankungen (außer Krebs)			

Ausgefüllt am (Datum):