





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):

Alle meine an Krebs erkrankten Verwandten

| | | | |
|---|--|--------------------------------|---|
| 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

| | | | |
|---|--|--------------------------------|---|
| 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

| | | | | |
|---|--|----------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 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

| | | | |
|----------------------------|--|--------------------------------|---|
| 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

| | | | |
|----------------------------|--|--------------------------------|---|
| 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

| | | | |
|----------------------------|--|--------------------------------|---|
| 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):