



## Krebsrisiko bei Gebärmutterkrebs

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
--------------	-----------------	----------------------

1.	Trat bei Ihnen Gebärmutterkrebs auf? Wenn Ja, in welchem Alter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
2.	Wurden bei Ihnen <b>zwei</b> Krebserkrankungen gleichzeitig oder nacheinander festgestellt? Wenn Ja, welche? In welchem Alter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
3.	Traten bei Blutsverwandten eine Krebserkrankungen auf? Wenn Ja, bei welchen Verwandten? Welche Krebserkrankungen? In welchem Alter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
4.	Wurde bei einem Verwandten gleichzeitig oder nacheinander <b>zwei</b> Krebserkrankungen festgestellt? Wenn Ja, bei welchem Verwandten? Welche Krebsarten? In welchem Alter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
5.	Wurde bei Ihnen oder ihren Verwandten <b>mittels Gentest eine Tumor-Veranlagung</b> festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht

**Falls Sie eine dieser Fragen mit Ja beantwortet haben, wird unsere Fachärztin prüfen, ob eine weiterführende Beratung notwendig ist.**

**Nein, ich wünsche keine Beratung**

Quelle: Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik und Senologie (SGMG/SGS), 16.03.2015

<b>Ärztliche Beurteilung durch Fachärztin</b>			
<input type="checkbox"/>	Eine eingehende Risikoberechnung und genetische Beratung sind angezeigt.		
<input type="checkbox"/>	Es bestehen keine offensichtlichen Hinweise für eine erhöhtes Krebsrisiko.		
<input type="checkbox"/>	Eine erneute Evaluation wird empfohlen, sobald neue Aspekte hinzukommen.		
Beurteilt durch:	Datum:	Dringlichkeit:	Fachberaterin: