



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vielen Dank, dass Sie an unserer Studie "nNGM - Task Force 5 Genetisches Tumorrisiko" teilnehmen möchten. Um die Daten, die im Rahmen der Studie erhoben werden, besser auswerten zu können, möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Fragen zu Ihrer Person und einigen Lebensgewohnheiten zu beantworten.

Alle Daten unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und werden, wie in der Ihnen vorliegenden Einwilligungserklärung erläutert, pseudonymisiert verarbeitet. Wenn Sie zu einer Frage keine Angabe machen möchten, lassen Sie diese einfach unbeantwortet.

Wenn möglich, dieses Dokument bitte digital ausfüllen und einreichen.

Patient*in	
Name, Vorname in Druckbuchstaben	Geburtsdatum

1. Haben Sie Tabak geraucht, und wenn ja wie viel?

Nie geraucht

Ich rauche momentan

Ich rauche seit _____ Jahren, _____ Packungen Zigaretten/Tag

Ich habe aufgehört zu rauchen seit _____ Jahren

Ich rauchte zuvor für _____ Jahren, _____ Packungen Zigaretten/Tag

2. Haben Sie schon einmal einen anderen Tumor (gutartig oder bösartig) gehabt, zusätzlich zu dem jetzt vorliegenden Lungentumor?

NEIN

JA. Was für einen Tumor?

_____ mit _____ Jahren

3. Hat ein(e) erstgradig Verwandte(r) (Eltern, Geschwister, Kinder) in Ihrer Familie einen bösartigen Tumor gehabt, und wenn JA was für eine Tumorerkrankung und in welchem Alter?

NEIN

JA. Was für einen Tumor?

_____ mit _____ Jahren

Verwandtschaftsverhältnis (mütterl. od. väterl. Seite?) Tumorerkrankung

4. Haben zweitgradig Verwandte (Großeltern, Tanten/Onkel, Cousin(e), Enkelkinder) bereits einen bösartigen Tumor gehabt, und wenn JA was für eine Tumorerkrankung und in welchem Alter?

NEIN

JA. Was für einen Tumor?

_____ mit _____ Jahren

Verwandtschaftsverhältnis (mütterl. od. väterl. Seite?) Tumorerkrankung

_____ mit _____ Jahren

Verwandtschaftsverhältnis (mütterl. od. väterl. Seite?) Tumorerkrankung

5. Ist bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine erbliche/genetische Erkrankung bekannt?

NEIN

JA. Welche und bei wem?

Geschafft! Vielen herzlichen Dank, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben. Bitte übergeben Sie den Fragebogen an Ihre(n) betreuende(n) Ärztin/Arzt.