

# CADLY II Patientenbogen

Sehr geehrte(r) Patient\*in,

Sie kämen evtl. für eine Teilnahme an der CADLY II Studie in Frage. Dazu würden wir einige Informationen und Befunde benötigen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie folgendes zu Ihrem Termin mit:

- Humangenetischer Befund
- Befund der letzten Koloskopie mit Histologie

Wir benötigen folgende Informationen:

- Wann war Ihre allererste Koloskopie? Datum (mindestens Jahr) \_\_\_\_\_
- Wann war Ihre letzte Koloskopie? Datum: \_\_\_\_\_
- Bisher ist noch keine Koloskopie erfolgt
- Wie viele Koloskopie hatten Sie insgesamt? Anzahl: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon eine Krebsdiagnose?

Ja  Nein Wenn ja, welche:

Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Magenkrebs	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Dünndarm	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Pankreas	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Gallenweg/-gang	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Haut	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Urogenitalwege	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Prostata	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Brust	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Endometrium	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Ovar	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Datum: _____
Anderes	_____			Datum: _____	

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift /Stempel Zentrum

Telefonnummer:

Email Adresse: