

# Anmeldung genetische Beratung

## Patientendaten

Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>		
Strasse / Nr.	<input type="text"/>		
PLZ / Wohnort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
Krankenkasse	<input type="text"/>		
Versicherungs-Nr.	<input type="text"/>		

## Zuweiserdaten

Praxisname	<input type="text"/>
Strasse / Nr.	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Tel. bei Rückfragen	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>

## Termin

Dringlichkeit  **Notfall dringend: innert 1-7 Tagen**  **rasch: innert 1-2 Wochen**  **nicht dringend**

## Diagnose

Das Vorliegen eines Stammbaumes ist Voraussetzung für die genetische Beratung.  
 Der Zuweiser ist verantwortlich für die Information des Patienten und die  
 Übermittlung an die genetische Sprechstunde.

### Familienanamnese

	Mutter	Grossmutter	Grossvater	Tante/Onkel	Tante/Onkel
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Tumor/Organ					
Erkrankungsalter					

	Vater	Grossmutter	Grossvater	Tante/Onkel	Tante/Onkel
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Tumor/Organ					
Erkrankungsalter					

	ICH	Schwester/Bruder	Schwester/Bruder	Schwester/Bruder	Schwester/Bruder
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Tumor/Organ					
Erkrankungsalter					

	Partner/Partnerin	Tochter/Sohn	Tochter/Sohn	Tochter/Sohn	Tochter/Sohn
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Tumor/Organ					
Erkrankungsalter					

	Nichte /Neffe	Nichte /Neffe			
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Tumor/Organ					
Erkrankungsalter					

Datum

Absender oder Unterschrift

Ihr schnellster Weg zur Anmeldung ist die digitale Zustellung.  
 Bitte senden Sie ergänzend aktuelle Befunde und vorhandene  
 Berichte und verfügbaren Fragebögen zu familiären Risiken.  
 Per E-Mail an **brustzentrum@gzo.ch**