

# Kieler Familienstudie zu chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen



## 1. Ihre Daten

Wir helfen Ihnen gern beim Ausfüllen des Familienbogens. Bitte rufen Sie uns an.



0431 500-30211

Ich bin  männlich  weiblich

Vorname \_\_\_\_\_  
 Nachname \_\_\_\_\_  
 Geburtsname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_  
 Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_  
 PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

**Ich bin interessiert.**  
 Bitte senden Sie mir ein Studienset an die angegebene Adresse.

**Ich bin nicht interessiert.**

**Ich habe noch Fragen.**  
 Bitte rufen Sie mich unter der nebenstehenden Telefonnummer an.

## 2. Geschwister (Bitte nur diejenigen eintragen, die an der Studie teilnehmen wollen!)

Wenn Sie und Ihr Geschwister teil die gleichen biologischen Eltern haben, kreuzen Sie bitte „gleiche Mutter wie ich“ **und** „gleicher Vater wie ich“ an.

<b>1:</b>	Bruder <input type="checkbox"/>	Schwester <input type="checkbox"/>
	gleiche Mutter wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn nein:</b> Mutter ist auch Mutter von Geschwister teil Nr. _____	gleicher Vater wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn nein:</b> Vater ist auch Vater von Geschwister teil Nr. _____
	Vorname _____	
	Nachname _____	
	Geburtsname _____	
	Geburtsdatum _____	
	Geburtsort _____	
	Straße/Hausnr. _____	
	PLZ, Wohnort _____	
	Telefon _____	
	An CED erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>2:</b>	Bruder <input type="checkbox"/>	Schwester <input type="checkbox"/>
	gleiche Mutter wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn nein:</b> Mutter ist auch Mutter von Geschwister teil Nr. _____	gleicher Vater wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn nein:</b> Vater ist auch Vater von Geschwister teil Nr. _____
	Vorname _____	
	Nachname _____	
	Geburtsname _____	
	Geburtsdatum _____	
	Geburtsort _____	
	Straße/Hausnr. _____	
	PLZ, Wohnort _____	
	Telefon _____	
	An CED erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>3:</b>	Bruder <input type="checkbox"/>	Schwester <input type="checkbox"/>
	gleiche Mutter wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn nein:</b> Mutter ist auch Mutter von Geschwister teil Nr. _____	gleicher Vater wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn nein:</b> Vater ist auch Vater von Geschwister teil Nr. _____
	Vorname _____	
	Nachname _____	
	Geburtsname _____	
	Geburtsdatum _____	
	Geburtsort _____	
	Straße/Hausnr. _____	
	PLZ, Wohnort _____	
	Telefon _____	
	An CED erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>4:</b>	Bruder <input type="checkbox"/>	Schwester <input type="checkbox"/>
	gleiche Mutter wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn nein:</b> Mutter ist auch Mutter von Geschwister teil Nr. _____	gleicher Vater wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn nein:</b> Vater ist auch Vater von Geschwister teil Nr. _____
	Vorname _____	
	Nachname _____	
	Geburtsname _____	
	Geburtsdatum _____	
	Geburtsort _____	
	Straße/Hausnr. _____	
	PLZ, Wohnort _____	
	Telefon _____	
	An CED erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Falls der Platz nicht ausreichen sollte, verwenden Sie für Ihre weiteren Geschwister ein separates Blatt oder kopieren Sie sich dieses Blatt als zusätzliche Vorlage. Bitte listen Sie auch dort alle erforderlichen Angaben auf. Bitte wenden!**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen im beiliegenden Rückantwortumschlag an: UKSH, Institut für Epidemiologie, popgen-Studienzentrale, Niemannsweg 11, Haus U 25, 24105 Kiel

### 3. Partner/Partnerinnen

Tragen Sie bitte **das Geburtsjahr aller Partner/Partnerinnen ein, mit denen Sie leibliche Kinder haben.**  
 Alle Partner bzw. Partnerinnen, mit denen Sie eine Beziehung ohne leibliches Kind haben bitte nicht eintragen.  
 Die Reihenfolge der Einträge ist beliebig.

Partner-Kennziffer	1	2	3	4
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4. Leibliche Kinder (Bitte nur diejenigen eintragen, die an der Studie teilnehmen wollen!)

Bitte tragen Sie Ihre leiblichen Kinder  
 mit der **Kennziffer für das Elternteil des Kindes aus der Partnertabelle** ein.

<b>1:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter
Partner/in mit <input type="text"/> Partner-Kennziffer <input type="text"/> ist anderer Elternteil.		
Vorname <input type="text"/>		
Nachname <input type="text"/>		
Geburtsname <input type="text"/>		
Geburtsdatum <input type="text"/>		
Geburtsort <input type="text"/>		
Straße/Hausnr. <input type="text"/>		
PLZ, Wohnort <input type="text"/>		
Telefon <input type="text"/>		
An CED erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

<b>2:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter
Partner/in mit <input type="text"/> Partner-Kennziffer <input type="text"/> ist anderer Elternteil.		
Vorname <input type="text"/>		
Nachname <input type="text"/>		
Geburtsname <input type="text"/>		
Geburtsdatum <input type="text"/>		
Geburtsort <input type="text"/>		
Straße/Hausnr. <input type="text"/>		
PLZ, Wohnort <input type="text"/>		
Telefon <input type="text"/>		
An CED erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

<b>3:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter
Partner/in mit <input type="text"/> Partner-Kennziffer <input type="text"/> ist anderer Elternteil.		
Vorname <input type="text"/>		
Nachname <input type="text"/>		
Geburtsname <input type="text"/>		
Geburtsdatum <input type="text"/>		
Geburtsort <input type="text"/>		
Straße/Hausnr. <input type="text"/>		
PLZ, Wohnort <input type="text"/>		
Telefon <input type="text"/>		
An CED erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

<b>4:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter
Partner/in mit <input type="text"/> Partner-Kennziffer <input type="text"/> ist anderer Elternteil.		
Vorname <input type="text"/>		
Nachname <input type="text"/>		
Geburtsname <input type="text"/>		
Geburtsdatum <input type="text"/>		
Geburtsort <input type="text"/>		
Straße/Hausnr. <input type="text"/>		
PLZ, Wohnort <input type="text"/>		
Telefon <input type="text"/>		
An CED erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Falls der Platz nicht ausreichen sollte, verwenden Sie für Ihre weiteren Kinder ein separates Blatt.  
 Bitte listen Sie auch dort alle erforderlichen Angaben auf.

**Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!**  
 Falls Sie noch Fragen haben sollten, rufen Sie uns bitte an.