



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



0431 500 30211

### Zusatzblatt zum Familienbogen

**Möglichkeit zum Eintragen gesunder oder erkrankter Eltern  
sowie (Ehe-)Partnern, die leibliche Väter bzw. Mütter Ihrer Kinder sind.**

#### 1. Ihre Daten

| Ich bin          |   |
|------------------|---|
| Vorname          | _____   |
| Nachname         | _____   |
| Geburtsdatum     | _____   |
| An CED erkrankt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

#### 2. (Ehe-)Partner

**Bitte tragen Sie hier den oder die (Ehe-)Partner ein, die Vater/Mutter Ihrer leiblichen Kinder sind und an der Studie teilnehmen möchten.**

| 1:   | (Ehe-) Partner 1  |
|--|---|
| Partner-Kennziffer aus dem Familienbogen: <input type="text"/> |   |
| Vorname  | _____   |
| Nachname   | _____   |
| Geburtsname  | _____   |
| Geburtsdatum   | _____   |
| Geburtsort   | _____   |
| Straße/Hausnr.   | _____   |
| PLZ, Wohnort   | _____   |
| Telefon  | _____   |
| An CED erkrankt?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| 2:   | (Ehe-) Partner 2  |
|--|---|
| Partner-Kennziffer aus dem Familienbogen: <input type="text"/> |   |
| Vorname  | _____   |
| Nachname   | _____   |
| Geburtsname  | _____   |
| Geburtsdatum   | _____   |
| Geburtsort   | _____   |
| Straße/Hausnr.   | _____   |
| PLZ, Wohnort   | _____   |
| Telefon  | _____   |
| An CED erkrankt?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bitte wenden

### 3. Eltern

Tragen Sie bitte hier Ihre eigenen Eltern ein und ggf. die leiblichen Eltern des Partners/der Partnerin, bei denen Interesse an einer Studienteilnahme besteht.

| 1:               | Mein Vater  |
|------------------|---|
| Vorname          | _____   |
| Nachname         | _____   |
| Geburtsname      | _____   |
| Geburtsdatum     | _____   |
| Geburtsort       | _____   |
| Straße/Hausnr.   | _____   |
| PLZ, Wohnort     | _____   |
| Telefon          | _____   |
| An CED erkrankt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| 2:               | Meine Mutter  |
|------------------|---|
| Vorname          | _____   |
| Nachname         | _____   |
| Geburtsname      | _____   |
| Geburtsdatum     | _____   |
| Geburtsort       | _____   |
| Straße/Hausnr.   | _____   |
| PLZ, Wohnort     | _____   |
| Telefon          | _____   |
| An CED erkrankt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| 3:               | Leiblicher Vater von(Ehe-)partner/in mit der Kennziffer <input type="text"/> aus dem Familienbogen |
|------------------|--|
| Vorname          | _____  |
| Nachname         | _____  |
| Geburtsname      | _____  |
| Geburtsdatum     | _____  |
| Geburtsort       | _____  |
| Straße/Hausnr.   | _____  |
| PLZ, Wohnort     | _____  |
| Telefon          | _____  |
| An CED erkrankt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |

| 4:               | Leibliche Mutter von (Ehe-)Partner/in mit der Kennziffer <input type="text"/> aus dem Familienbogen |
|------------------|---|
| 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 Angehörigen 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.