

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 _____

An CED erkrankt? ja nein

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.

1: Bruder Schwester

gleiche Mutter wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Mutter ist auch Mutter von Geschwister teil Nr. _____	gleicher Vater wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Vater ist auch Vater von Geschwister teil Nr. _____
--	--

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

An CED erkrankt? ja nein

2: Bruder Schwester

gleiche Mutter wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Mutter ist auch Mutter von Geschwister teil Nr. _____	gleicher Vater wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Vater ist auch Vater von Geschwister teil Nr. _____
--	--

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

An CED erkrankt? ja nein

3: Bruder Schwester

gleiche Mutter wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Mutter ist auch Mutter von Geschwister teil Nr. _____	gleicher Vater wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Vater ist auch Vater von Geschwister teil Nr. _____
--	--

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

An CED erkrankt? ja nein

4: Bruder Schwester

gleiche Mutter wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Mutter ist auch Mutter von Geschwister teil Nr. _____	gleicher Vater wie ich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Vater ist auch Vater von Geschwister teil Nr. _____
--	--

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

An CED erkrankt? ja nein

Falls der Platz nicht ausreichen sollte, verwenden Sie bitte 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

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)				

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.

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

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

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

4:	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter
Partner/in mit Partner-Kennziffer <input type="text"/> ist anderer Elternteil.		
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 bitte 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.



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.