HBOC-registeret

DANISH BREAST CANCER COOPERATIVE GROUP (DBCG)

Anmodning om familienummer

Indexperson (den person, der primært har efterspurgt genetisk rådgivning)	Udfyldes af DBCG
Navn: _____	Familienummer B ☐☐☐☐☐ Indberettet: ☐☐☐☐☐☐
CPR nr: ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐	Kommentar: _____
Rådg.-nr: ☐☐☐☐☐☐☐☐	_____

Vejledning

Dette skema anvendes til rekvisition af familienr (B-nr) fra DBCG sekretariatet. Skemaet indsendes af klinisk genetisk afdeling, når der påbegyndes udredning af en familie mistænkt for HBOC.

Skemaet sendes til: DBCG-sekretariatet, H:S Rigshospitalet afsnit 2501, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.
Skemaet kan indsendes via fax: 3526 3525

Rettelser udføres ved at overstrege feltet og evt. tilføje data ved siden af feltet. Der må ikke anvendes retteblæk m.m..

Registrering

Ingen i familien er tidligere registreret	☐ Ja	☐ Nej
Der foreligger samtykke til registrering i DBCG	☐ Ja	☐ Nej

Familien registreres, hvis begge krydser er sat i Ja-kolonnen.

Anmodning om oplysninger fra DBCG-registeret

CPR-nr:	Navn:	Diagnoseår	Samtykke Ja	Udfyldes af DBCG Kræft	Ukendt
☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐		☐☐☐☐	☐	☐	☐
☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐		☐☐☐☐	☐	☐	☐
☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐		☐☐☐☐	☐	☐	☐
☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐		☐☐☐☐	☐	☐	☐
☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐		☐☐☐☐	☐	☐	☐
☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐		☐☐☐☐	☐	☐	☐
☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐		☐☐☐☐	☐	☐	☐

Genetisk udredning foretages af:

Afdeling : _____	Dato ☐☐☐☐☐☐ (dag mdr. år)
Sygehus _____	Signatur _____
Kode (udfyldes af DBCG) _____	