

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

## 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: 38 66 06 70

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 \_\_\_\_\_

Der foreligger samtykke til registrering i DBCG \_\_\_\_\_

Ja  Nej

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
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Genetisk udredning foretages af:

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