

# Fragebogen zur genetischen Beratung

1. Angaben zur/zum Ratsuchenden/zum Kind (bei Kindern ggf. entsprechende Felder freilassen)						
Name	Vorname					
Geburtsdatum	Geschlecht (biologisch m/w)					
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort					
Email-Adresse	Telefonnummer	Erreichbarkeit				
Emair-Adresse	reterormanimer	EHEICHDarkeit				
	gesetzlich versichert	privat versichert				
Beruf						

2. Angaben zum <b>Partner</b> / zur <b>Partn</b>	erin / zu den Eltern (bitte jedes Elternteil einzeln eintragen)	
2.1 Partner Partnerin E	ternteil 1	
Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht (biologisch m/w)	
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
Email-Adresse	Telefonnummer	Erreichbarkeit
	gesetzlich versichert	privat versichert
Beruf		



2.2 Elternteil 2		
Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht (biologisch m/w)	
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
Email-Adresse	Telefonnummer	Erreichbarkeit
	gesetzlich versichert	privat versichert
Beruf		

#### 3. Angaben zum Beratungsgrund

3.1	Was ist of	der An	lass für	die	genetiscl	he Beratung?	
-----	------------	--------	----------	-----	-----------	--------------	--

- 3.2 Besteht bei Ihnen eine Verdachtsdiagnose? Wenn ja, welche?
- 3.3 Welche Untersuchungen sind bereits erfolgt? (z.B. Röntgen, CT, MRT, EEG, Blutuntersuchung, Stoffwechseldiagnostik, etc.)
- 3.4 Sind Sie oder einer Ihrer Angehörigen schon einmal genetisch beraten worden? Wenn ja, wann und wo?
- 3.5 Liegen bereits genetische Befunde vor?
- 3.6 Wer ist von der genetischen Erkrankung betroffen?

Bitte Angabe von Name, Vorname, Geburtsdatum, Erkrankungsalter, Verwandtschaftsverhältnis und ggf. Sterbedatum

Bitte schicken Sie uns Vorbefunde (radiologisch, hämatologisch, genetisch, etc), ambulante Arztberichte sowie stationäre Entlassungsbriefe zu!



4. Angaben zu den <b>behandelnden Ärzt:innen</b>	
4.1 Wer ist die behandelnde ärztliche Person (Hausärzt:in / Kind	derärzt:in)? Bitte Angabe von Name, Adresse und Telefonnummer
Name	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
4.2 Ist die oben genannte behandelnde ärztliche Person auch c ja nein	der/die überweisende Arzt/Ärztin?
Wenn nein, bitte Angabe zum überweisenden Arzt/zur überweis	senden Ärztin (Name, Adresse und Telefonnummer)
Name	Telefonnummer
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort



# Stammbaumdaten

ausgefüllt von	

#### Folgende Hinweise bitte lesen und beachten:

- Bitte die Liste vollständig ausfüllen (auch bereits verstorbene Verwandte aufführen).
- Nur Familienmitglieder eintragen, mit denen Sie leiblich verwandt sind.
- Halbgeschwister (mütter-/väterlicherseits = ms/vs) und Zwillinge (ein-/zweieiig) bitte kenntlich machen im Kommentar.
- Sollten in einer Kategorie nicht genügend Zeilen zur Verfügung stehen, können weitere Verwandte auf der letzten Seite eingetragen werden.

	Vorrame	Geschlecht	Geb!	urtsjahr Gof	Stetbelaht Art der Erkeankund	EN	ankungsater Konnentare
Ich							
Eigene Kinder							
Meine Geschwister	l r (Halbgeschwister (m	s/vs) bitte ir	m Kom	menta	r kenntlich machen)		
	(	o, 10, 5o					
Meine Nichten und	Neffen (Kinder mein	er Schweste	r / mei	nes Bri	uders)		
Vorname Schwester/Bruder	Vorname Nichte/Neffe						



# Angaben zu meiner mütterlichen Linie

	Vorname	Geschecht	Gebl	Irtsiahr Gof	Sterbeight Art der Enkrankung	ENS	ankungsahat an Konnnentate
Meine Mutter							
Meine Großmutter							
Mein Großvater							
Geschwister der Mı	utter (Tanten / Onkel	mütterlicher	seits)				
	Cousinen (Kinder me	einer Tante /	meine	es Onk	els)		
Vorname Tante/Onkel	Vorname Cousin/Cousine						
Tarito/Orikot	Oddsiii/Oddsiiic						



# Angaben zu meiner väterlichen Linie

	Vorname	Geschlecht	Gebi	intsiahi Got	Sterbeight Art der Entrankung	Eiki	ankungsatter Aonnentare
Mein Vater							
Meine Großmutter							
Mein Großvater							
Geschwister des Va	aters (Tanten / Onkel	väterlicherse	eits)				
	Cousinen (Kinder m	einer Tante /	/ meine	es Onk	els)		
Vorname Tante/Onkel	Vorname Cousin/Cousine						



# Angaben zu weiteren Verwandten

Verwandtschi	afts	nslys? Vorteinal	ischster Ideer Vonane	Gesch	lecht (m)	wi Gof. ste	glosiant Ethrankund	ENVal	Konnenare
Weitere Ver	rwai	ndte							