



Fragebogen zur genetischen Beratung

1. Angaben zur / zum **Ratsuchenden** / zum **Kind** (bei Kindern ggf. entsprechende Felder freilassen)

Name	Vorname
	männlich weiblich
Geburtsdatum	Geschlecht (biologisch)
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
Email-Adresse	Telefonnummer Erreichbarkeit
	gesetzlich versichert privat versichert
Beruf	

2. Angaben zum **Partner** / zur **Partnerin** / zu den **Eltern** (bitte jedes Elternteil einzeln eintragen)

2.1 Partner Partnerin Elternteil 1

Name	Vorname
	männlich weiblich
Geburtsdatum	Geschlecht (biologisch)
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
Email-Adresse	Telefonnummer Erreichbarkeit
	gesetzlich versichert privat versichert
Beruf	



2.2 Elternteil 2

Name

Vorname

männlich

weiblich

Geburtsdatum

Geschlecht (biologisch)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Email-Adresse

Telefonnummer

Erreichbarkeit

gesetzlich versichert

privat versichert

Beruf

3. Angaben zum Beratungsgrund

3.1 Was ist der Anlass für die genetische 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 behandelnden Ärzt:innen

4.1 Wer ist die behandelnde ärztliche Person (Hausärzt:in / Kinderärzt: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 der/die überweisende Arzt/Ärztin?

ja

nein

Wenn nein, bitte Angabe zum überweisenden Arzt/zur überweisenden 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.

Vorname	Geschlecht (m/w)	Geburtsjahr	Ggf. Sterbejahr	Art der Erkrankung	Erkrankungsalter	Kommentare
Ich						
	m w					
Eigene Kinder						
	m w					
	m w					
	m w					
	m w					
	m w					
Meine Geschwister (Halbgeschwister (ms/vs) bitte im Kommentar kenntlich machen)						
	m w					
	m w					
	m w					
	m w					
	m w					
Meine Nichten und Neffen (Kinder meiner Schwester / meines Bruders)						
Vorname Schwester/Bruder	Vorname Nichte/Neffe					
		m w				
		m w				
		m w				
		m w				
		m w				
		m w				
		m w				
		m w				
		m w				



Angaben zu weiteren Verwandten

Verwandtschafts- verhältnis	ms/vs?	Vorname nächster Verwandter	Vorname	Geschlecht (m/w)	Geburtsjahr	Ggf. Sterbejahr	Art der Erkrankung	Erkrankungsalter	Kommentare
Weitere Verwandte									
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				
				m	w				