

Fragebogen genetische Beratung

Allgemein

Alle Informationen und Befunde unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Angaben zu Ihrer Person (Index-PatientIn)

Nachname		Vorname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Nationalität		Beruf	
Telefonnummer		E-Mail Adresse	
Adresse			
Kontaktperson			
Nachname		Vorname	
Telefonnummer		Verhältnis	

Angaben zu Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Hausärztin/Hausarzt		Zuweisende/r Ärztin/Arzt	
Name		Name	
Adresse		Adresse	

Angaben zu eigenen Erkrankungen

Grund der Anfrage: _____

Haben Sie selbst eine **schwerwiegende Erkrankung** (gehabt)? NEIN JA
 Wenn **ja**, welche: _____ **Alter** bei der Diagnose _____.
 Bitte legen Sie die **klinischen Befunde** bei.

Haben Sie sich "relevanten" Operationen unterzogen? NEIN JA
 Wenn ja, welche: _____ und in welchem Alter: _____.

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie **genetische Untersuchungen** schon durchgeführt worden? NEIN JA
Wenn ja, bitte Befund unbedingt beilegen.

Anmerkungen:

Kinder

Haben Sie Söhne (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____
Haben Sie Töchter (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Name, Vorname <small>(nicht-pflichtiges Feld)</small>	Geschlecht		Lebt er/sie?			Gibt es Erkrankungen?			Alter bei der Diagnose	Wie viele Kinder hat er/sie (gehabt)?
	M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___

Geschwister

Haben Sie Brüder (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____
Haben Sie Schwestern (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Name, Vorname <small>(nicht-pflichtiges Feld)</small>	Geschlecht		Lebt er/sie?			Gibt es Erkrankungen?			Alter bei der Diagnose	Wie viele Kinder hat er/sie (gehabt)?
	M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___

Nichten/Neffen (nur auszufüllen bei wichtigen Erkrankungen)

Name, Vorname <small>(nicht-pflichtiges Feld)</small>	Kind von:	Geschlecht		Lebt er/sie?			Erkrankung	Alter bei der Diagnose
		M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?		
		<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"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		



Väterliche Familie

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Lebt er/sie?			Gibt es Erkrankungen?			Alter bei der Diagnose
	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?	
Vater	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossvater v.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossmutter v.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Geschwister Ihres Vaters (Onkeln und Tanten väterlicherseits)

Hat Ihr Vater Brüder (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Hat Ihr Vater Schwestern (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Geschlecht		Lebt er/sie?			Gibt es Erkrankungen?			Alter bei der Diagnose	Wie viele Kinder hat er/sie (gehabt)?
	M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___

Kinder der Geschwister Ihres Vaters (Cousins und Cousinen väterlicherseits)

(nur auszufüllen bei wichtigen Erkrankungen)

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Kind von:	Geschlecht		Lebt er/sie?			Erkrankung	Alter bei der Diagnose
		M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?		
		<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"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		

Mütterliche Familie

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Lebt er/sie?			Gibt es Erkrankungen?			Alter bei der Diagnose
	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?	
Mutter	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossvater m.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossmutter m.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Geschwister Ihrer Mutter (Onkeln und Tanten mütterlicherseits)

Hat Ihre Mutter Brüder (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Hat Ihre Mutter Schwestern (gehabt)? NEIN JA Wenn ja, wie viele? _____

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Geschlecht		Lebt er/sie?			Gibt es Erkrankungen?			Alter bei der Diagnose	Wie viele Kinder hat er/sie (gehabt)?
	M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?	Ja (Welche)	Nein	?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ___ W ___

Kinder der Geschwister Ihrer Mutter (Cousins und Cousinen mütterlicherseits) (nur auszufüllen bei wichtigen Erkrankungen)

Name, Vorname (nicht-pflichtiges Feld)	Kind von:	Geschlecht		Lebt er/sie?			Erkrankung	Alter bei der Diagnose
		M	W	Ja (Geburtsjahr oder Alter)	Nein (Todesalter)	?		
		<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"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>		

Kontaktdaten: Kantonsspital Aarau AG
 Institut für Labormedizin, Medizinische Genetik
 Tellstrasse 25, CH-5001 Aarau

Tel. +41 (0)62 838 53 98
 E-Mail: gen.beratung@ksa.ch

Datum ___ / ___ / _____

Unterschrift _____

