

Fragebogen genetische Beratung

Kinder

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

Angaben zum Kind			
Nachname		Vorname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Diagnose: _____		Alter bei der Diagnose _____	
Relevante Operationen: _____		Alter bei den Operationen _____	
Bitte legen Sie die klinischen Befunde bei.			
Angaben zu behandelnden Ärztinnen und Ärzten des Kindes			
Kinderärztin/-arzt		Zuweisende/r Kinderärztin/-arzt	
Name		Name	
Adresse		Adresse	
Angaben zum Elternteil (Kontaktperson)			
Nachname		Vorname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Nationalität		Beruf	
Telefonnummer		E-Mail Adresse	
Gibt es schwerwiegende Erkrankungen/relevante Operationen ? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA			
Wenn ja , welche: _____ Alter bei der Diagnose/Operation _____			
Angaben zum weiteren Elternteil			
Nachname		Vorname	
Nationalität		Beruf	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Gibt es schwerwiegende Erkrankungen/relevante Operationen ? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA			
Wenn ja , welche: _____ Alter bei der Diagnose/Operation _____			
Angaben zur Schwangerschaft			
Schwangerschaftseintritt: <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> IVF			
Ultraschalluntersuchungen: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig Wenn auffällig, bitte Befunde beilegen.			
Gab es während der Schwangerschaft:			
- Beschwerden: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, welche: _____			
- Spitalaufenthalte: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, Grund: _____			
- Behandlungen / Röntgenuntersuchungen: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, welche _____			
- Medikamente-Einnahme <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, welche: _____			
- Nikotinkonsum: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, wieviel: _____ Alkoholkonsum: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, wieviel: _____			
Sind Sie mit Ihrem Mann/Partner verwandt (z.B. Cousin/Cousine)? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, wie: _____			
Angaben zu weiteren Schwangerschaften			
Haben Sie weitere Schwangerschaften gehabt? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn ja, wie viele: _____			
Haben Sie Fehlgeburten gehabt? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA wenn ja, bitte Tabelle ausfüllen.			
	Wann (Monat / Jahr)	Schwangerschaftsmonat /-Woche	Behandlungen
1			
2			
3			
4			

Kinder

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

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name, Vorname <small>(nicht-pflichtiges Feld)</small>				
Geschlecht (m/w)				
Geburtsdatum				
Falls verstorben: Alter, Ursache				

Falls **Erkrankungen, Entwicklungsverzögerung, Fehlbildungen** bekannt sind, bitte Tabelle ausfüllen.

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
--	---------	---------	---------	---------

Angaben zur Schwangerschaft

Spontan / IVF				
Komplikationen				
Medikamente <small>(Welche und wann)</small>				
Röntgenuntersuchungen				
Ersttrimester-Test <small>(ja / nein, Ergebnis)</small>				
Nicht invasiver Pränatal-Test <small>(NIPT) (ja / nein, Ergebnis)</small>				
Organscreening <small>(ja / nein, Ergebnis)</small>				
Ultraschallauffälligkeiten				

Angaben zur Geburt

Spontan / Kaiserschnitt				
Geburtsdauer				
Geburtsgewicht / Länge / Kopfumfang				
APGAR-Score				
Angeborene Auffälligkeiten				

Angaben zur Entwicklung

Trinkschwäche / Gedeihstörung:				
Kopf halten				
Erstes Lächeln				
Erste Zähne				
Sitzen				
Freies Gehen				
Erste Wörter				
Mehrwortsätze				
Krampfanfälle (ja / nein, seit wann, wie häufig)				
Bisherige relevante Erkrankungen				



Operationen				
Spitallaufenthalte				
Medikamente				
Schule				
Beruf				

Geschwister der Mutter

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

Haben Sie 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 ___

Nichten/Neffen der Mutter (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"/>		

Eltern der Mutter

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"/>	
Mutter	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Geschwister des Vaters

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

Nichten/Neffen des Vaters (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"/>		

Eltern des Vaters

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"/>	
Mutter	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anmerkungen:

Falls in der Familie bereits genetische Untersuchungen durchgeführt wurden, legen Sie uns bitte die Befunde bei.

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 _____



SMTS 0057

20240130

Seite 4 / 4