

Fragebogen genetische Beratung

Pränatal

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

Angaben zur werdenden Mutter

Nachname		Vorname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Nationalität		Beruf	
Telefonnummer		E-Mail Adresse	

Angaben zu Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Hausärztin/Hausarzt		Frauenärztin/Frauenarzt	
Name		Name	
Adresse		Adresse	

Angaben zu eigenen Erkrankungen

Gibt es **schwerwiegende Erkrankungen/relevante Operationen**? NEIN JA
 Wenn **ja**, welche: _____ **Alter** bei der Diagnose/Operation _____ Bitte
 legen Sie die **klinischen Befunde** bei.

Angaben zum werdenden Vater

Nachname		Vorname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Nationalität		Beruf	

Gibt es **schwerwiegende Erkrankungen/relevante Operationen**? NEIN JA
 Wenn **ja**, welche: _____ **Alter** bei der Diagnose/Operation _____ Bitte
 legen Sie die **klinischen Befunde** bei.

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

Grund der Anfrage: _____

Schwangerschaftseintritt: spontan IVF **Tag letzten Regelblutung:** _____ **Blutgruppe:** _____

Ultraschalluntersuchungen: unauffällig auffällig **Wenn auffällig, bitte Befunde beilegen.**

Gab es während der aktuellen Schwangerschaft:

- Beschwerden: NEIN JA, welche: _____
- Spitalaufenthalte: NEIN JA, Grund: _____
- Behandlungen / Röntgenuntersuchungen: NEIN JA, welche _____
- Medikamente-Einnahme NEIN JA, welche: _____
- Nikotinkonsum: NEIN JA, wieviel: _____ Alkoholkonsum: NEIN JA, wieviel: _____

Sind Sie mit Ihrem Mann/Partner verwandt (z.B. Cousin/Cousine)? NEIN JA, wie: _____

Angaben zu vorherigen Schwangerschaften

Haben Sie **weitere Schwangerschaften** gehabt? NEIN JA Wenn ja, wie viele: _____

Haben Sie **Fehlgeburten** gehabt? NEIN 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 werdenden 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 werdenden 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 werdenden 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 werdenden 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 werdenden 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 werdenden 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

20240219

Seite 4 / 4