

Fragebogen zur Genetischen Beratung



Damit sich Ihr Berater / Ihre Beraterin sich optimal auf das Beratungsgespräch mit Ihnen vorbereiten kann, benötigen wir vorab einige Informationen. Bitte füllen Sie als Ratsuchende/ oder als Eltern **alle** Felder des Fragebogens vollständig aus und senden Sie ihn uns per Post zurück. Sobald wir diese Informationen haben, werden wir uns mit Ihnen wegen der Terminvereinbarung in Verbindung setzen. Die Terminvergabe erfolgt nach medizinischen Aspekten und Dringlichkeit. Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen der Felder benötigen, so können Sie sich gerne innerhalb unserer Sprechzeiten bei uns melden.

Bitte beachten:

Nicht vollständig ausgefüllte Fragebögen können nicht bearbeitet werden. **Wir bitten Sie alle für uns erforderlichen Befunde innerhalb von 4 Wochen vorzulegen, da sonst keine Terminvergabe erfolgen kann.** Wenn Sie Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache haben, bringen Sie bitte zum Beratungsgespräch einen vereidigten Dolmetscher mit. Bitte haben Sie Verständnis, dass ohne einen vereidigten Dolmetscher kein Beratungsgespräch stattfinden kann. Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Mit dem Absenden des Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir im Vorfeld zur Vorbereitung Ihres Beratungstermins in der Genetischen Beratungsstelle ärztliche Befunde sowie weitere beratungsrelevante Informationen aus dem klinikeigenen Informationssystem (Medoc) über Sie anfordern dürfen.

Institut für Humangenetik
Sekretariat
**Genetische
Beratungsstelle**

Kontakt:
Donika Redzepe

Ärztliche Direktorin
Prof. Dr. med. Dr. Judith Fischer
(MD, PhD)

Breisacher Straße 33
79106 Freiburg
Tel: 0761 270-70560
Fax: 0761 270-70180
E-Mail: gb@uniklinik-freiburg.de
www.uniklinik-freiburg.de/
humangenetik

Ratsuchender:	ggf. Partner/in:
Anrede:	Anrede:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nachname Vorname (ggf. Geburtsname):	Nachname Vorname (ggf. Geburtsname):
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Krankenkasse:	Krankenkasse:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Straße Hausnummer:	PLZ Ort:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefon Fax:	Erreichbarkeit Zeiten:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
E-Mail: (MUSS AUSGEFÜLLT WERDEN!)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Kurze Schilderung des Problems bzw. Fragestellung **(MUSS AUSGEFÜLLT WERDEN!)**

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Schwangerschaftswoche:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ich habe Kinder	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	wenn ja, wie viele?	M: W: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Ich hatte Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	wenn ja, wie viele?	
Ich hatte Totgeburten	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	wenn ja, wie viele?	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ursache bekannt?	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
Ich habe verstorbene Kinder	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Ursache bekannt?	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
Gibt es in Ihrer Familie Verwandtenehen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		

Sind Sie oder einer Ihrer Angehörigen schon einmal genetisch beraten worden?

ja nein

Wenn ja, wo?

Wenn ja, wann?

In meiner Familie gibt es weitere Erkrankungen

ja nein

Institut für Humangenetik
Sekretariat
**Genetische
Beratungsstelle**

Kontakt:
Donika Redzeqi

Ärztliche Direktorin
Prof. Dr. med. Dr. Judith Fischer
(MD, PhD)

Wenn ja: Folgende schwerwiegende Erkrankungen sind in der Familie bekannt (MUSS AUSGEFÜLLT WERDEN!):

Bitte geben Sie (wenn möglich) an, wann und wo diese behandelt wurden

Nachname | Vorname:

Geburtsdatum:

Verwandtschaftsverhältnis:

väterlicherseits (v) | mütterlicherseits (m)

Erkrankung(en): | Erkrankungsalter (EA):

Falls verstorben, wann?

Nachname | Vorname:

Geburtsdatum:

Verwandtschaftsverhältnis:

väterlicherseits (v) | mütterlicherseits (m)

Erkrankung(en): | Erkrankungsalter (EA):

Falls verstorben, wann?

Nachname | Vorname:

Geburtsdatum:

Verwandtschaftsverhältnis:

väterlicherseits (v) | mütterlicherseits (m)

Erkrankung(en): | Erkrankungsalter (EA):

Falls verstorben, wann?

Nachname | Vorname:

Geburtsdatum:

Verwandtschaftsverhältnis:

väterlicherseits (v) | mütterlicherseits (m)

Erkrankung(en): | Erkrankungsalter (EA):

Falls verstorben, wann?

Nachname | Vorname:

Geburtsdatum:

Verwandtschaftsverhältnis:

väterlicherseits (v) | mütterlicherseits (m)

Erkrankung(en): | Erkrankungsalter (EA):

Falls verstorben, wann?

Breisacher Straße 33
79106 Freiburg
Tel: 0761 270-70560
Fax: 0761 270-70180
E-Mail: gb@uniklinik-freiburg.de
www.uniklinik-freiburg.de/humangenetik

Bitte fügen Sie bereits vorhandene Befunde in Kopie bei.
(Bitte keine Originalbefunde!)

Bemerkungen: