



## Anamnesebogen zur genetischen Beratung oder Diagnostik

Bitte beantworten Sie in Ruhe diese Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer genetischen Untersuchung und die mögliche Therapieempfehlung wesentlich sind. Die möglichst genaue Beantwortung liegt daher in Ihrem Interesse. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Fragen ungeklärt bleiben, empfehlen wir Ihnen in jedem Fall eine ausführliche genetische Beratung.

### Fragen zur eigenen Person:

Leiden Sie an einer dauerhaften Erkrankung? Wenn ja, an welcher? \*

Wurde bei Ihnen eine genetische Erkrankung diagnostiziert? \*

Hatten Sie bereits eine Operation? Wenn ja, wann und welche?

Hatten Sie bereits eine Krebserkrankung? \*

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie Kinder (geboren)? Wenn ja, wie viele (Jahr, Geschlecht, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt)?

Hatten Sie Fehlgeburten? Wenn ja, wie viele? \*

Haben Sie unerfüllten Kinderwunsch?

Wurde bereits eine Diagnose gestellt, warum es nicht zur Schwangerschaft kommt?

Bitte angeben.

Liegen ein oder mehrere auffällige Spermogramme vor? \*

Wurde bereits eine Chromosomenanalyse durchgeführt? \*

Wurde eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen festgestellt?

Zuckerkrankheit	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Schlaganfall/Herzinfarkt	ja	nein
Krampfadern	ja	nein
Thrombose	ja	nein
Gelbsucht oder sonstige Lebererkrankung	ja	nein
Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane	ja	nein
Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	ja	nein
Asthma	ja	nein
Blutarmut oder andere Blutkrankheiten	ja	nein

### Fragen zu Ihrer Familie (Kinder, Geschwister, Eltern, Tanten und Onkel, Cousins und Cousinen):

Sind Sie mit Ihrem Partner verwandt? ja nein

Gibt es in Ihrer Familie gehäuft Fehlgeburten? Wenn ja, bei wem?

Gibt es in Ihrer Familie einmal oder mehrmals Totgeburten oder Kinder, die im ersten Lebensjahr verstorben sind? ja nein

Gibt es in Ihrer Familie einmal oder mehrmals eine körperliche oder geistige Behinderung? Wenn ja, bei wem?

Gibt es in Ihrer Familie einmal oder mehrfach nachfolgende Erkrankungen?

Bitte machen Sie detaillierte Angaben

Schlaganfall/Herzinfarkt	ja	nein
Thrombosen	ja	nein
Schwere Depressionen	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Krebserkrankungen	ja	nein
Andere chronische Erkrankungen	ja	nein
Bekannte Erbkrankheiten	ja	nein
Genetische Erkrankungen	ja	nein
Nierenerkrankungen	ja	nein
Herzerkrankungen	ja	nein

\*) Bitte fügen Sie, falls möglich, Befunde bei. Vielen Dank!

Diese Angaben sind Teil der Erstanamnese. Selbstverständlich bespreche ich die Antworten mit Ihnen. Bitte teilen Sie uns mit, falls sich etwas ändern sollte. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Pat.-Nr.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_