

# 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.

<b>Angaben zum Kind</b>			
Nachname		Vorname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
<b>Diagnose:</b> _____		<b>Alter</b> bei der Diagnose _____	
Relevante Operationen: _____		<b>Alter</b> bei den Operationen _____	
Bitte legen Sie die <b>klinischen Befunde</b> bei.			

<b>Angaben zu behandelnden Ärztinnen und Ärzten des Kindes</b>			
Kinderärztin/-arzt		Zuweisende/r Kinderärztin/-arzt	
Name		Name	
Adresse		Adresse	

<b>Angaben zum Elternteil (Kontaktperson)</b>			
Nachname		Vorname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Nationalität		Beruf	
Telefonnummer		E-Mail Adresse	
Gibt es <b>schwerwiegende Erkrankungen/relevante Operationen</b> ? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA			
Wenn <b>ja</b> , welche: _____ <b>Alter</b> bei der Diagnose/Operation _____			

<b>Angaben zum weiteren Elternteil</b>			
Nachname		Vorname	
Nationalität		Beruf	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Gibt es <b>schwerwiegende Erkrankungen/relevante Operationen</b> ? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA			
Wenn <b>ja</b> , welche: _____ <b>Alter</b> bei der Diagnose/Operation _____			

<b>Angaben zur Schwangerschaft</b>			
<b>Schwangerschaftseintritt:</b> <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> IVF			
<b>Ultraschalluntersuchungen:</b> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <b>Wenn auffällig, bitte Befunde beilegen.</b>			
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: _____			
<b>Sind Sie mit Ihrem Mann/Partner verwandt</b> (z.B. Cousin/Cousine)? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, wie: _____			

<b>Angaben zu weiteren Schwangerschaften</b>			
Haben Sie <b>weitere Schwangerschaften</b> gehabt? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn ja, wie viele: _____			
Haben Sie <b>Fehlgeburten</b> 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
<b>Name, Vorname</b> <small>(nicht-pflichtiges Feld)</small>				
<b>Geschlecht (m/w)</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
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.**

<b>Kontaktdaten: Kantonsspital Aarau AG</b> Institut für Labormedizin, Medizinische Genetik Tellstrasse 25, CH-5001 Aarau	Tel. +41 (0)62 838 53 98 E-Mail: <a href="mailto:labormedizin.gen.beratung@ksa.ch">labormedizin.gen.beratung@ksa.ch</a>
---	--

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

