

MVZ am Klinikum Oldenburg GmbH • Rahel-Straus-Str. 10 • 26133 Oldenburg

**Medizinisches  
Versorgungszentrum  
am  
Klinikum Oldenburg  
GmbH**

**Medizinische Genetik**

in Kooperation mit

**Universitätsinstitut für  
Medizinische Genetik**

**Univ.-Prof. Dr. med.  
Marc-Phillip Hitz, PhD**

Rahel-Straus-Straße 10  
26133 Oldenburg

**Genetische Ambulanz**

Telefon:  
0441 - 403 2407  
Fax:  
0441 - 403 2967  
E-Mail:  
medizinische.genetik@  
klinikum-oldenburg.de

**Internet:**  
<http://www.klinikum-oldenburg.de>

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir bitten Sie den nachfolgenden Fragebogen zu Ihnen und Ihrer Familie als Vorbereitung für Ihre Vorstellung in unserer genetischen Sprechstunde auszufüllen. Bitte tragen Sie alle Angehörigen ein, auch Personen, die nicht erkrankt sind und füllen Sie den Fragebogen so gewissenhaft wie möglich aus. Die ist wichtig für den Termin.

Damit wir uns auf unseren Termin vorbereiten können, bitte wir Sie, diesen Fragebogen **schnellstmöglich und vorab** an uns zurückzusenden.

Wenn möglich legen Sie bitte auch Befunde zu den Erkrankungen bei Ihnen bzw. in Ihrer Familie bei sowie, falls verfügbar, humangenetische Vorbefunde.

**Bitte schicken Sie die Unterlagen an:**

Univ.-Inst. für Medizinische Genetik & MVZ am Klinikum Oldenburg  
Rahel-Straus-Straße 10  
26133 Oldenburg

**Bitte beachten Sie:**

Für die **Anfahrt** zu Ihrem Termin verwenden Sie bitte die folgende Adresse: Brandenburger Straße 21 A, 26133 Oldenburg

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Genetischen Ambulanz

**Geschäftsführer:**  
Rainer Schoppik

Erfüllungsort und Gerichtsstand:  
Oldenburg (Oldb)

HR B 202124  
Steuer-Nr.: 64/220/18170

**Bankverbindung:**  
IBAN:  
DE85 2805 0100 0001 6940 82  
BIC: SLZODE22

|                             |                    |                              |            |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|------------|
| Version:                    | 2.0                | Seite:                       | 1 von 13   |
| Autor:                      | Mittelstädt, Laura | Erstelldatum /Überarbeitung: | 05.11.2025 |
| Dokumentenverantwortlicher: | Mittelstädt, Laura | Prüfdatum:                   | 11.11.2025 |
| Freigabe:                   | Hitz, Marc-Phillip | Freigabedatum:               | 13.11.2025 |

**Informationen zur betroffenen Person**

**(z.B. Sie selbst oder Ihr Kind, sind beide betroffen, bitte aus der Perspektive einer Person in der Familie ausfüllen)**

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_Aktuelles Alter \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

|   |   |                                 |                                |                                    |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Besteht eine Schwerhörigkeit/ Gehörlosigkeit? | <input type="checkbox"/> JA, Schallempfindungsschwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseits |
|   | <input type="checkbox"/> JA, Schallleitungsschwerhörigkeit    | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseits |
|   | <input type="checkbox"/> JA, kombiniert                       | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseits |
|   | <input type="checkbox"/> JA, aber ich weiß nicht welche Form  | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseits |
|   | <input type="checkbox"/> NEIN                                 |                                 |                                |                                    |

Falls ja, seit wann besteht die Schwerhörigkeit/ Gehörlosigkeit? (ggf. bitte schätzen)  
\_\_\_\_\_

Bestehen weitere Symptome? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|                             |                    |                              |            |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|------------|
| Version:                    | 2.0                | Seite:                       | 2 von 13   |
| Autor:                      | Mittelstädt, Laura | Erstelldatum /Überarbeitung: | 05.11.2025 |
| Dokumentenverantwortlicher: | Mittelstädt, Laura | Prüfdatum:                   | 11.11.2025 |
| Freigabe:                   | Hitz, Marc-Phillip | Freigabedatum:               | 13.11.2025 |

## Eltern der betroffenen Person

| Vater  |  | Mutter   |  |
|--|--|--|--|
| Wie alt ist der Vater?   |  | Wie alt ist die Mutter?  |  |
| Falls verstorben, in welchem Alter?                                    |  | Falls verstorben, in welchem Alter?                                    |  |
| Ist der Vater von einer Schwerhörigkeit betroffen?                     |  | Ist die Mutter von einer Schwerhörigkeit betroffen?                    |  |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?                                 |  | Wenn ja, rechts, links oder beidseits?                                 |  |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?                  |  | In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?                  |  |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat verwendet? Was von beidem? |  | Wird ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat verwendet? Was von beidem? |  |

## Kinder der betroffenen Person (bitte schreiben Sie dazu, falls die Kinder nicht denselben Vater/ dieselbe Mutter haben)

| Sohn oder Tochter?<br>(bitte nach Alter sortieren)                     | 1. | 2. | 3. | 4. |
|--|----|----|----|----|
| Wie alt ist das Kind?  |    |    |    |    |
| Falls verstorben, in welchem Alter?                                    |    |    |    |    |
| Ist das Kind von einer Schwerhörigkeit betroffen?                      |    |    |    |    |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?                                 |    |    |    |    |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?                  |    |    |    |    |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat verwendet? Was von beidem? |    |    |    |    |

## Geschwister der betroffenen Person

|  |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|
| Bruder oder Schwester?<br>(bitte nach Alter sortieren)   | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Falls Halbbruder oder Halbschwester: Haben die Geschwister die gleiche Mutter oder den gleichen Vater? |    |    |    |    |
| Wie alt ist der Bruder/ die Schwester?   |    |    |    |    |
| Falls verstorben, in welchem Alter?  |    |    |    |    |
| Besteht beim Bruder/ bei der Schwester eine Schwerhörigkeit?   |    |    |    |    |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?   |    |    |    |    |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?  |    |    |    |    |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat verwendet? Was von beidem?                                 |    |    |    |    |
| Haben die Geschwister Kinder?<br>Wenn ja, wie viele Jungen und wie viele Mädchen?                      |    |    |    |    |
| Besteht bei den Kindern eine Schwerhörigkeit?  |    |    |    |    |

### Geschwister des Vaters der betroffenen Person (Tanten/ Onkel väterlicherseits)

|  |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|
| Tante oder Onkel?<br>(bitte nach Alter sortieren)  | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Falls es sich um Halbgeschwister des Vaters handelt: Gleiche Mutter wie der Vater oder gleicher Vater wie der Vater? |    |    |    |    |
| Wie alt ist der Onkel/ die Tante?  |    |    |    |    |
| Falls verstorben, in welchem Alter?  |    |    |    |    |
| Ist das der Onkel/ die Tante von einer Schwerhörigkeit betroffen?  |    |    |    |    |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?   |    |    |    |    |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?  |    |    |    |    |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochlea-implantat verwendet? Was von beidem?  |    |    |    |    |
| Hat der Onkel/ die Tante Kinder?<br>Wenn ja, wie viele Jungen und wie viele Mädchen?                                 |    |    |    |    |
| Besteht bei den Kindern eine Schwerhörigkeit?  |    |    |    |    |

## Eltern des Vaters der betroffenen Person

| Großvater väterlicherseits   |  | Großmutter väterlicherseits  |  |
|--|--|--|--|
| Wie alt ist der Großvater?   |  | Wie alt ist die Großmutter?  |  |
| Falls verstorben, in welchem Alter?                                    |  | Falls verstorben, in welchem Alter?                                    |  |
| Ist das der Großvater von einer Schwerhörigkeit betroffen?             |  | Ist die Großmutter von einer Schwerhörigkeit betroffen?                |  |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?                                 |  | Wenn ja, rechts, links oder beidseits?                                 |  |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?                  |  | In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?                  |  |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat verwendet? Was von beidem? |  | Wird ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat verwendet? Was von beidem? |  |

|                             |                    |                              |            |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|------------|
| Version:                    | 2.0                | Seite:                       | 6 von 13   |
| Autor:                      | Mittelstädt, Laura | Erstelldatum /Überarbeitung: | 05.11.2025 |
| Dokumentenverantwortlicher: | Mittelstädt, Laura | Prüfdatum:                   | 11.11.2025 |
| Freigabe:                   | Hitz, Marc-Phillip | Freigabedatum:               | 13.11.2025 |

## Weitere Angehörige väterlicherseits

|  |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|
| Männlich oder weiblich?  | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Wie ist diese Person mit Ihnen verwandt? (z.B. Schwester meiner Großmutter oder Mutter der Großmutter meines Vaters) |    |    |    |    |
| Wie alt ist Ihr/e Angehörige/r?  |    |    |    |    |
| Falls verstorben, in welchem Alter?  |    |    |    |    |
| Ist die Person von einer Schwerhörigkeit betroffen?  |    |    |    |    |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?   |    |    |    |    |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?  |    |    |    |    |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochlea-implantat verwendet? Was von beidem?  |    |    |    |    |

### Geschwister der Mutter der betroffenen Person (Tanten/ Onkel mütterlicherseits)

|  |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|
| Tante oder Onkel?<br>(bitte nach Alter sortieren)  | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Falls es sich um Halbgeschwister der Mutter handelt: Gleiche Mutter wie die Mutter oder gleicher Vater wie die Mutter? |    |    |    |    |
| Wie alt ist der Onkel/ die Tante?  |    |    |    |    |
| Falls verstorben, in welchem Alter?  |    |    |    |    |
| Ist das der Onkel/ die Tante von einer Schwerhörigkeit betroffen?  |    |    |    |    |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?   |    |    |    |    |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?  |    |    |    |    |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochlea-implantat verwendet? Was von beidem?  |    |    |    |    |
| Hat der Onkel/ die Tante Kinder?<br>Wenn ja, wie viele Jungen und wie viele Mädchen?                                   |    |    |    |    |
| Besteht bei den Kindern eine Schwerhörigkeit?  |    |    |    |    |



## Eltern der Mutter der betroffenen Person

| Großvater mütterlicherseits  |  | Großmutter mütterlicherseits   |  |
|--|--|--|--|
| Wie alt ist der Großvater?   |  | Wie alt ist die Großmutter?  |  |
| Falls verstorben, in welchem Alter?                                    |  | Falls verstorben, in welchem Alter?                                    |  |
| Ist der Großvater von einer Schwerhörigkeit betroffen?                 |  | Ist die Großmutter von einer Schwerhörigkeit betroffen?                |  |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?                                 |  | Wenn ja, rechts, links oder beidseits?                                 |  |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?                  |  | In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?                  |  |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat verwendet? Was von beidem? |  | Wird ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat verwendet? Was von beidem? |  |

|                             |                    |                              |            |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|------------|
| Version:                    | 2.0                | Seite:                       | 9 von 13   |
| Autor:                      | Mittelstädt, Laura | Erstelldatum /Überarbeitung: | 05.11.2025 |
| Dokumentenverantwortlicher: | Mittelstädt, Laura | Prüfdatum:                   | 11.11.2025 |
| Freigabe:                   | Hitz, Marc-Phillip | Freigabedatum:               | 13.11.2025 |

## Weitere Angehörige mütterlicherseits

|  |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|
| Männlich oder weiblich?  | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Wie ist diese Person mit Ihnen verwandt? (z.B. Schwester meiner Großmutter oder Mutter der Großmutter meines Vaters) |    |    |    |    |
| Wie alt ist Ihr/e Angehörige/r?  |    |    |    |    |
| Falls verstorben, in welchem Alter?  |    |    |    |    |
| Ist die Person von einer Schwerhörigkeit betroffen?  |    |    |    |    |
| Wenn ja, rechts, links oder beidseits?   |    |    |    |    |
| In welchem Alter ist die Schwerhörigkeit aufgetreten?  |    |    |    |    |
| Wird ein Hörgerät oder ein Cochlea-implantat verwendet? Was von beidem?  |    |    |    |    |

**Falls es sich bei der betroffenen Person um ein Kind handelt, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zusätzlich zu beantworten.**

Sind Sie die leiblichen Eltern? Wer hat das Sorgerecht? \_\_\_\_\_

Für eine genetische Untersuchung bei Ihrem Kind benötigen wir das Einverständnis aller Sorgeberechtigten. Bei Pflegekindern benötigen wir ein Dokument, aus dem hervorgeht, dass Sie berechtigt sind, für medizinische Eingriffe einzuwilligen.

Geburtsmaße: Gewicht \_\_\_\_\_, Körperlänge \_\_\_\_\_, Kopfumfang \_\_\_\_\_. Geburt erfolgte in welcher Schwangerschaftswoche?  
\_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Meilensteine (bitte Alter eintragen)

Drehen mit \_\_\_\_\_ Monaten, Stehen mit \_\_\_\_\_ Monaten, freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten, ersten Wörter mit \_\_\_\_\_ Monaten

Aktuelle Sprachentwicklung (Wie viele Wörter kennt Ihr Kind? Spricht es Ein-, Zwei- oder Fünfwortsätze?): \_\_\_\_\_

Besucht Ihr Kind eine Schule oder einen Kindergarten? Wenn ja, welche/n (z.B. Regelkindergarten, Förderschule)? \_\_\_\_\_

Sind noch weitere Untersuchungen bislang erfolgt und was waren die Ergebnisse (z.B. Sehvermögen, MRT/CT, Ultraschall, EEG (Hirnströme), Untersuchung des Herzens)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es bereits eine genetische Untersuchung? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Bitte lassen Sie uns den Originalbefund zukommen.

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, welcher Grad der Behinderung (GdB) besteht? \_\_\_\_\_

Welche Förderung bekommt Ihr Kind (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) und wie lange bereits? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|                             |                    |                              |            |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|------------|
| Version:                    | 2.0                | Seite:                       | 11 von 13  |
| Autor:                      | Mittelstädt, Laura | Erstelldatum /Überarbeitung: | 05.11.2025 |
| Dokumentenverantwortlicher: | Mittelstädt, Laura | Prüfdatum:                   | 11.11.2025 |
| Freigabe:                   | Hitz, Marc-Phillip | Freigabedatum:               | 13.11.2025 |

Im Rahmen der Humangenetischen Sprechstunde werden wir neben einer ausführlichen Erhebung Ihrer Krankengeschichte (sogenannte Anamnese) und Familiengeschichte ausführlich über die molekulargenetischen Untersuchungsmethoden, die mögliche Bedeutung des Ergebnisses der Untersuchung für Sie und Ihre Familie und die gesetzlichen Rahmenbedingungen einer molekulargenetischen Untersuchung mit Ihnen sprechen. Es besteht die Möglichkeit, sich bereits vor der Vorstellung in unserer Ambulanz mit den verschiedenen Aspekten der genetischen Sprechstunde auseinanderzusetzen.

Dazu finden Sie die im Folgenden in den QR-Codes verlinkte Videos, die im Rahmen eines Forschungsprojekts der Universität Heidelberg entwickelt wurden. Wir freuen uns auf die urheberrechtlich geschützten Videos verweisen zu dürfen. Sie können die Videos für die Vorbereitung auf verschiedene Aspekte, die im Rahmen einer genetischen Sprechstunde behandelt werden, verwenden. Diese Videos können eine genetische Sprechstunde nicht ersetzen, sondern sie sollen Ihnen als Angebot und vorbereitende Informationen zur Verfügung gestellt werden.

- Allgemeine Informationen über die Genetische Sprechstunde (Anhalt, Dauer):



- Informationen über die Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz im Rahmen einer genetischen Diagnostik:



- Allgemeine Informationen über Genomanalyse:



|                             |                    |                              |            |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|------------|
| Version:                    | 2.0                | Seite:                       | 12 von 13  |
| Autor:                      | Mittelstädt, Laura | Erstelldatum /Überarbeitung: | 05.11.2025 |
| Dokumentenverantwortlicher: | Mittelstädt, Laura | Prüfdatum:                   | 11.11.2025 |
| Freigabe:                   | Hitz, Marc-Phillip | Freigabedatum:               | 13.11.2025 |

- **Haftung für Links**

Wir freuen uns sehr über die freundliche Erlaubnis zur Verwendung der oben verlinkten Videos. Wir möchten auf Folgendes hinweisen: Unser Angebot enthält Links zu externen Webseiten Dritter (Universitätsklinikum Heidelberg), auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Deshalb können wir für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich. Die verlinkten Seiten wurden zum Zeitpunkt der Verlinkung auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt der Verlinkung nicht erkennbar. Eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten ist jedoch ohne konkrete Anhaltspunkte einer Rechtsverletzung nicht zumutbar. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Links umgehend entfernen.

|                             |                    |                              |            |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|------------|
| Version:                    | 2.0                | Seite:                       | 13 von 13  |
| Autor:                      | Mittelstädt, Laura | Erstelldatum /Überarbeitung: | 05.11.2025 |
| Dokumentenverantwortlicher: | Mittelstädt, Laura | Prüfdatum:                   | 11.11.2025 |
| Freigabe:                   | Hitz, Marc-Phillip | Freigabedatum:               | 13.11.2025 |