

Sehr geehrte Eltern,

für einen Termin in unserer humangenetischen Sprechstunde bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen zu Ihrem Kind und Ihrer Familie auszufüllen.

Bitte tragen Sie alle Angehörigen ein. Falls eine Information in der Familie nicht bekannt ist, lassen Sie das entsprechende Feld bitte einfach frei.

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen, relevante Vorbefunde und das U-Heft vorab an die Medizinische Genetik zu senden. Sollte es zu Ihrem Kind oder in Ihrer Familie weitere Vorbefunde geben, die Ihnen relevant erscheinen, schicken Sie uns diese bitte ebenfalls zu.

Die Sprechstunde kann erst stattfinden, wenn Ihr Kind entlassen wurde. Es handelt sich dabei zunächst um ein Beratungsgespräch. Sofern eine genetische Testung angeboten werden kann, können Sie nach der Beratung entscheiden, ob Sie diese wünschen. Eine Vorstellung ist auch in jeder anderen Humangenetik möglich.

Sollte es im Verlauf zu einer genetischen Testung bei Ihrem Kind kommen, benötigen wir das Einverständnis aller Sorgeberechtigten. Bei Pflegekindern benötigen wir zusätzlich einen Nachweis, dass Sie berechtigt sind, in medizinische Maßnahmen einzuwilligen.

Falls in Ihrer Familie weitere Erkrankungen bekannt sind, zu denen Sie eine humangenetische Einschätzung wünschen, bitten wir Sie auch hierzu relevante Befunde bereits im Vorfeld an uns zu übersenden.

Bitte lassen Sie uns die Unterlagen postalisch oder per E-Mail zukommen:

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

oder per Mail an: [medizinische.genetik@klinikum-oldenburg.de](mailto:medizinische.genetik@klinikum-oldenburg.de)

Bei Ihrer Anfahrt nutzen Sie bitte die Adresse:

Hanse Institut  
Brandenburger Straße 21 A.  
26133 Oldenburg

Mit freundlichen Grüßen  
Das Team der Genetischen Ambulanz

**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](mailto:medizinische.genetik@klinikum-oldenburg.de)

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

**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: SLZODE

Version:	3.0	Seite:	1 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	28.11.2025

## Informationen zu Ihrem Kind

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Grund der Vorstellung: \_\_\_\_\_

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

### Weiteres:

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

Hat Ihr Kind weitere Vorerkrankungen, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Gab es vor der Diagnose Auffälligkeiten in der Entwicklung (motorisch, sprachlich) ? \_\_\_\_\_

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

Version:	3.0	Seite:	2 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelltdatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Philip	Freigabedatum:	28.11.2025

## Informationen zu Ihnen und Ihrer Familie

### Weitere Kinder

Sohn oder Tochter? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Wie alt ist Ihr Kind?				
Handelt es sich um ein gemeinsames Kind? Falls nein, wer von Ihnen beiden ist der leibliche Elternteil?				
Hat Ihr Kind Vorerkrankungen?				
Wenn ja, welche?				
In welchem Alter ist Ihr Kind erkrankt?				
Falls verstorben, in welchem Alter?				

Gab es Fehlgeburten in Ihrer oder früheren Partnerschaften? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

---

Sind Sie (die Eltern) miteinander verwandt? Wenn ja, welcher Verwandschaftsgrad besteht zwischen Ihnen (z.B. Cousin/Cousine)? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen weiterer Kinderwunsch? \_\_\_\_\_

Version:	3.0	Seite:	3 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelltdatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	28.11.2025

## Fragen zu Ihnen, der Mutter

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ihr aktuelles Alter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie an Krebs erkrankt? Wenn ja, an welcher Krebsart? \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Vorerkrankungen? \_\_\_\_\_

### Ihre Eltern (der Mutter)

Ihr Vater	Ihre Mutter
Wie alt ist ihr Vater?	Wie alt ist Ihre Mutter?
Falls verstorben, in welchem Alter?	Falls verstorben, in welchem Alter?
Ist Ihr Vater an Krebs erkrankt?	Ist Ihre Mutter an Krebs erkrankt?
Wenn ja, an welcher Art von Krebs?	Wenn ja, an welcher Art von Krebs?
In welchem Alter ist er erkrankt?	In welchem Alter ist sie erkrankt?

Version:	3.0	Seite:	4 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelltdatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Philip	Freigabedatum:	28.11.2025

### Ihre Geschwister (der Mutter)

Bruder oder Schwester? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls Halbbruder oder Halbschwester: Haben Sie die gleiche Mutter oder den gleichen Vater?				
Wie alt ist Ihr Bruder/ Ihre Schwester?				
Falls verstorben, in welchem Alter?				
Ist Ihr Bruder/ Ihre Schwester an Krebs erkrankt?				
Wenn ja, an welcher Art von Krebs?				
In welchem Alter ist er/sie erkrankt?				
Haben Ihre Geschwister Kinder? Wenn ja, wie viele Söhne und wie viele Töchter?				
Sind bei deren Kindern Krebserkrankungen aufgetreten? Welche Krebserkrankung und in welchem Alter?				

Version:	3.0	Seite:	5 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelltdatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	28.11.2025

**Geschwister Ihres Vaters (Ihre Tanten/ Onkel väterlicherseits) (der Mutter)**

Onkel oder Tante? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls Halbonkel oder Halbtante: Hat diese/dieser die gleiche Mutter oder den gleichen Vater wie Ihr Vater?				
Wie alt ist Ihr Onkel/ Ihre Tante? (Falls verstorben, in welchem Alter?)				
Haben Ihre Onkel/Tanten Krebserkrankungen?				
Falls ja, was ist aufgetreten und in welchem Alter?				
Haben Ihre Onkel/Tanten Kinder? Wenn ja, wie viele Töchter und wie viele Söhne?				
Haben die Kinder Ihrer Onkel und Tanten Krebserkrankungen? Wenn ja, welche? (Falls verstorben, in welchem Alter?)				

Version:	3.0	Seite:	6 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelltdatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Philip	Freigabedatum:	28.11.2025

**Geschwister Ihrer Mutter (Ihre Tanten/ Onkel mütterlicherseits) (der Mutter)**

Onkel oder Tante? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls Halbonkel oder Halbtante: Hat diese/dieser die gleiche Mutter oder den gleichen Vater wie Ihre Mutter?				
Wie alt ist Ihr Onkel/ Ihre Tante? (Falls verstorben, in welchem Alter?)				
Haben Ihre Onkel/Tanten Krebserkrankungen?				
Falls ja, was ist aufgetreten und in welchem Alter?				
Haben Ihre Onkel/Tanten Kinder? Wenn ja, wie viele Töchter und wie viele Söhne?				
Haben die Kinder Ihrer Onkel und Tanten Krebserkrankungen? Wenn ja, welche? (Falls verstorben, in welchem Alter?)				

Version:	3.0	Seite:	7 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelltdatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	28.11.2025

## Fragen zu Ihnen, dem Vater

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ihr aktuelles Alter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie an Krebs erkrankt? Wenn ja, an welcher Krebsart? \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Vorerkrankungen? \_\_\_\_\_

## Ihre Eltern (des Vaters)

Ihr Vater		Ihre Mutter	
Wie alt ist ihr Vater?		Wie alt ist Ihre Mutter?	
Falls verstorben, in welchem Alter?		Falls verstorben, in welchem Alter?	
Ist Ihr Vater an Krebs erkrankt?		Ist Ihre Mutter an Krebs erkrankt?	
Wenn ja, an welcher Art von Krebs?		Wenn ja, an welcher Art von Krebs?	
In welchem Alter ist er erkrankt?		In welchem Alter ist sie erkrankt?	

Version:	3.0	Seite:	8 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelltdatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	28.11.2025

**Ihre Geschwister (des Vaters)**

Bruder oder Schwester? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls Halbbruder oder Halbschwester: Haben Sie die gleiche Mutter oder den gleichen Vater?				
Wie alt ist Ihr Bruder/ Ihre Schwester?				
Falls verstorben, in welchem Alter?				
Ist Ihr Bruder/ Ihre Schwester an Krebs erkrankt?				
Wenn ja, an welcher Art von Krebs?				
In welchem Alter ist er/sie erkrankt?				
Haben Ihre Geschwister Kinder? Wenn ja, wie viele Söhne und wie viele Töchter?				
Sind bei deren Kindern Krebserkrankungen aufgetreten? Welche Krebserkrankung und in welchem Alter?				

Version:	3.0	Seite:	9 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Philip	Freigabedatum:	28.11.2025

### Geschwister Ihres Vaters (Ihre Tanten/ Onkel väterlicherseits) (des Vaters)

Onkel oder Tante? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls Halbonkel oder Halbtante: Hat diese/dieser die gleiche Mutter oder den gleichen Vater wie Ihr Vater?				
Wie alt ist Ihr Onkel/ Ihre Tante? (Falls verstorben, in welchem Alter?)				
Haben Ihre Onkel/Tanten Krebserkrankungen?				
Falls ja, was ist aufgetreten und in welchem Alter?				
Haben Ihre Onkel/Tanten Kinder? Wenn ja, wie viele Töchter und wie viele Söhne?				
Haben die Kinder Ihrer Onkel und Tanten Krebserkrankungen? Wenn ja, welche? (Falls verstorben, in welchem Alter?)				

Version:	3.0	Seite:	10 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Philip	Freigabedatum:	28.11.2025

**Geschwister Ihrer Mutter (Ihre Tanten/ Onkel väterlicherseits) (des Vaters)**

Onkel oder Tante? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls Halbonkel oder Halbtante: Hat diese/dieser die gleiche Mutter oder den gleichen Vater wie Ihr Vater?				
Wie alt ist Ihr Onkel/ Ihre Tante? (Falls verstorben, in welchem Alter?)				
Haben Ihre Onkel/Tanten Krebserkrankungen?				
Falls ja, was ist aufgetreten und in welchem Alter?				
Haben Ihre Onkel/Tanten Kinder? Wenn ja, wie viele Töchter und wie viele Söhne?				
Haben die Kinder Ihrer Onkel und Tanten Krebserkrankungen? Wenn ja, welche? (Falls verstorben, in welchem Alter?)				

Version:	3.0	Seite:	11 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	28.11.2025

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:



Version:	3.0	Seite:	12 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Philip	Freigabedatum:	28.11.2025

- Informationen über Genomanalyse:



- **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:	3.0	Seite:	13 von 13
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelltdatum /Überarbeitung:	27.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	28.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	28.11.2025