

**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 möchten unseren Termin mit Ihnen gut vorbereiten. Daher benötigen wir vorab bitte Ihre Mithilfe.

Wir bitten Sie den nachfolgenden Fragebogen zu Ihnen und Ihrer Familie auszufüllen. Bitte tragen sie alle Angehörigen ein, auch Personen, die nicht betroffen sind und füllen Sie den Fragebogen so gewissenhaft wie möglich aus.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen **vorab** an uns zurückzusenden.

Wir benötigen zudem vorab verfügbare **Befunde von Ihnen** (insbesondere im Zusammenhang mit dem unerfüllten Kinderwunsch stehende Befunde wie bspw. Spermogramm, hormonelle Untersuchungen etc.; frühere genetische Untersuchungen).

Sollten in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt sein (z.B. Entwicklungsstörung, angeborene Fehlbildung etc.), zu denen Sie Informationen wünschen, benötigen wir auch hierzu Befunde. Wir bitten Sie uns diese ebenfalls vorab zukommen zu lassen.

#### **Checkliste Unterlagen**

- ☐ Ausgefüllter Stammbaumfragebogen
- ☐ Vorbefunde zum unerfüllten Kinderwunsch
- ☐ ggf. Vorbefunde zu relevanten Erkrankungen Ihrer Angehörigen
- ☐ ggf. Genetische Vorbefunde aus Ihrer Familie

Bitte schicken Sie die Unterlagen **vorab** an:

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)

#### **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 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Informationen zu Ihnen (Frau)

Name \_\_\_\_\_

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert? \_\_\_\_\_

Seit wann versuchen Sie schwanger zu werden ? \_\_\_\_\_

Haben Sie behandlungsbedürftige Krankheiten? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine künstliche Befruchtung durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐

Wurde eine Kinderwunschbehandlung begonnen? (ggf.: was wurde durchgeführt?) \_\_\_\_\_

Version:	2.0	Seite:	2 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Informationen zu Ihnen (Mann)

Name \_\_\_\_\_

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

Anschrift \_\_\_\_\_

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

Wie sind Sie versichert? \_\_\_\_\_

Haben Sie behandlungsbedürftige Krankheiten? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_

Wurde eine Kinderwunschbehandlung begonnen? (ggf.: was wurde durchgeführt?) \_\_\_\_\_

Version:	2.0	Seite:	3 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

Falls bereits eine künstliche Befruchtung erfolgt ist, bitte ausfüllen:

Monat/ Jahr	Gleicher Partner? (nein z.B. bei Spen- dersamen)	Methode (z.B. Insemination, ICSI, IVF)	Was war das Ergebnis der Behandlung? (bitte ankreuzen)				Komplikationen/ Ergänzungen
			Keine Schwanger- schaft eingetreten	Früher Abgang	Fehlgeburt (bitte SSW angeben)	Geburt	

Version:	2.0	Seite:	4 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

Gab es spontane Schwangerschaften?

Bitte auszufüllen durch die Frau:

Monat/ Jahr	Gleicher Partner? (nein z.B. bei Spen- dersamen)	Was war das Ergebnis der Schwangerschaft? (bitte ankreuzen)				Komplikationen/ Ergänzungen
		Eileiterschwanger- schaft	Früher Abgang	Fehlgeburt (bitte SSW angeben)	Geburt	

Bitte auszufüllen durch den Mann, falls es zusätzliche Schwangerschaften aus anderen Partnerschaften gab:

Monat/ Jahr	Gleicher Partner? (nein z.B. bei Spen- dersamen)	Was war das Ergebnis der Schwangerschaft? (bitte ankreuzen)				Komplikationen/ Ergänzungen
		Eileiterschwanger- schaft	Früher Abgang	Fehlgeburt (bitte SSW angeben)	Geburt	

Version:	2.0	Seite:	5 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Ihre leiblichen 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 bei ist leibliches Elternteil?				
Hat Ihr Kind schwerwiegende Erkrankungen?				
Wenn ja, welche?				
In welchem Alter ist er/sie erkrankt?				
Falls verstorben, in welchem Alter?				

Version:	2.0	Seite:	6 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Ihre Eltern (Frau)

Ihr Vater		Ihre Mutter	
Wie alt ist ihr Vater?		Wie alt ist Ihre Mutter?	
Falls verstorben, in welchem Alter?		Falls verstorben, in welchem Alter?	
Hat Ihr Vater schwerwiegende Erkrankungen? Welche?		Hat Ihre Mutter schwerwiegende Erkrankungen? Welche?	
In welchem Alter ist er erkrankt?		In welchem Alter ist sie erkrankt?	
Gab es in der Partnerschaft Ihrer Eltern unerfüllten Kinderwunsch?			
Gab es in der Partnerschaft Ihrer Eltern Fehlgeburten? (wenn ja, bitte Anzahl angeben)			
Wenn ja, in welcher SSW?			
Gab es bei einem Ihrer Eltern unerfüllten Kinderwunsch in anderen Partnerschaften? (Falls ja bitte angeben ob bei der Mutter oder beim Vater)			
Gab es Fehlgeburten in anderen Partnerschaften eines Ihrer Elternteile (Falls ja, bitte angeben ob bei der Mutter oder beim Vater)			
Wenn ja, in welcher SSW?			

Version:	2.0	Seite:	7 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Ihre Geschwister (Frau)

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?				
Sind bei Ihren Geschwistern schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten?				
Falls ja, was ist aufgetreten und in welchem Alter?				
Ist bei Ihren Geschwistern unerfüllter Kinderwunsch bekannt?				
Sind bei Ihren Geschwistern Fehlgeburten aufgetreten? Wie viele?				
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?				
Haben Ihre Geschwister Kinder? Wenn ja, wie viele Töchter und wie viele Söhne?				
Sind bei den Kindern Ihrer Geschwister schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten?				

Version:	2.0	Seite:	8 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

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

Tante oder Onkel? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls es sich um Halbgeschwister Ihres Vaters handelt: Gleiche Mutter wie Ihr Vater oder gleicher Vater wie Ihr Vater?				
Wie alt ist Ihr Onkel/ Ihre Tante?				
Falls verstorben, in welchem Alter?				
Gibt es bei Ihrem Onkel/ Ihrer Tante schwerwiegende Erkrankungen?				
Wenn ja, welche und in welchem Alter?				
Gab es bei Ihrem Onkel / Ihrer Tante unerfüllten Kinderwunsch?				
Gab es bei Ihrem Onkel / Ihrer Tante Fehlgeburten? Falls ja, wie viele?				
Falls ja, in welcher SSW?				
Hat Ihr Onkel/ Ihre Tante Kinder? (Ihre Cousins/ Cousinen) Falls ja, wie viele Söhne und wie viele Töchter?				
Sind bei diesen Cousins/Cousinen schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten? Was und in welchem Alter?				

Version:	2.0	Seite:	9 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Eltern Ihres Vaters (Frau)

Ihr Großvater väterlicherseits		Ihre Großmutter väterlicherseits	
Wie alt ist Ihr Großvater?		Wie alt ist Ihre Großmutter?	
Falls verstorben, in welchem Alter?		Falls verstorben, in welchem Alter?	
Hat Ihr Großvater schwerwiegende Erkrankungen?		Hat Ihr Großmutter schwerwiegende Erkrankungen?	
Wenn ja, welche?		Wenn ja, welche?	
In welchem Alter ist er erkrankt?		In welchem Alter ist sie erkrankt?	
Gab es bei Ihren Großeltern unerfüllten Kinderwunsch?			
Gab es bei Ihren Großeltern Fehlgeburten? Wenn ja, wie viele?			
Falls ja, in welcher SSW?			

Version:	2.0	Seite:	10 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Geschwister Ihrer Mutter (Ihre Tanten/ Onkel mütterlicherseits) (Frau)

Tante oder Onkel? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls es sich um Halbgeschwister Ihrer Mutter handelt: Gleiche Mutter wie Ihre Mutter oder gleicher Vater wie Ihre Mutter?				
Wie alt ist Ihr Onkel/ Ihre Tante?				
Falls verstorben, in welchem Alter?				
Gibt es bei Ihrem Onkel/ Ihrer Tante schwerwiegende Erkrankungen?				
Wenn ja, welche und in welchem Alter?				
Gab es bei Ihrem Onkel / Ihrer Tante unerfüllten Kinderwunsch?				
Gab es bei Ihrem Onkel / Ihrer Tante Fehlgeburten? Falls ja, wie viele?				
Falls ja, in welcher SSW?				
Hat Ihr Onkel/ Ihre Tante Kinder? (Ihre Cousins/ Cousinen?) Falls ja, wie viele Söhne und wie viele Töchter?				
Sind bei diesen Cousins/Cousinen schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten? Was und in welchem Alter?				

Version:	2.0	Seite:	11 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Eltern Ihrer Mutter (Frau)

Ihr Großvater mütterlicherseits		Ihre Großmutter mütterlicherseits	
Wie alt ist Ihr Großvater?		Wie alt ist Ihre Großmutter?	
Falls verstorben, in welchem Alter?		Falls verstorben, in welchem Alter?	
Hat Ihr Großvater schwerwiegende Erkrankungen?		Hat Ihre Großmutter schwerwiegende Erkrankungen?	
Wenn ja, welche?		Wenn ja, welche?	
In welchem Alter ist er erkrankt?		In welchem Alter ist sie erkrankt?	
Gab es bei Ihren Großeltern unerfüllten Kinderwunsch?			
Gab es bei Ihren Großeltern Fehlgeburten? Wenn ja, wie viele?			
Falls ja, in welcher SSW?			

## Ergänzungen (Frau):

Version:	2.0	Seite:	12 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Ihre Eltern (Mann)

Ihr Vater		Ihre Mutter	
Wie alt ist ihr Vater?		Wie alt ist Ihre Mutter?	
Falls verstorben, in welchem Alter?		Falls verstorben, in welchem Alter?	
Hat Ihr Vater schwerwiegende Erkrankungen? Welche?		Hat Ihre Mutter schwerwiegende Erkrankungen? Welche?	
In welchem Alter ist er erkrankt?		In welchem Alter ist sie erkrankt?	
Gab es in der Partnerschaft Ihrer Eltern unerfüllten Kinderwunsch?			
Gab es in der Partnerschaft Ihrer Eltern Fehlgeburten? (wenn ja bitte Anzahl angeben)			
Wenn ja, in welcher SSW?			
Gab es bei einem Ihrer Eltern unerfüllten Kinderwunsch in anderen Partnerschaften? (Falls ja, bitte angeben ob bei der Mutter oder beim Vater)			
Gab es Fehlgeburten in anderen Partnerschaften eines Ihrer Elternteile (Falls ja, bitte angeben ob bei der Mutter oder beim Vater)			
Wenn ja, in welcher SSW?			

Version:	2.0	Seite:	13 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Ihre Geschwister (Mann)

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?				
Sind bei Ihren Geschwistern schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten?				
Falls ja, was ist aufgetreten und in welchem Alter?				
Ist bei Ihren Geschwistern unerfüllter Kinderwunsch bekannt?				
Sind bei Ihren Geschwistern Fehlgeburten aufgetreten? Wie viele?				
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?				
Haben Ihre Geschwister Kinder? Wenn ja, wie viele Töchter und wie viele Söhne?				
Sind bei den Kindern Ihrer Geschwister schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten?				

Version:	2.0	Seite:	14 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

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

Tante oder Onkel? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls es sich um Halbgeschwister Ihres Vaters handelt: Gleiche Mutter wie Ihr Vater oder gleicher Vater wie Ihr Vater?				
Wie alt ist Ihr Onkel/ Ihre Tante?				
Falls verstorben, in welchem Alter?				
Gibt es bei Ihrem Onkel/ Ihrer Tante schwerwiegende Erkrankungen?				
Wenn ja, welche und in welchem Alter?				
Gab es bei Ihrem Onkel / Ihrer Tante unerfüllten Kinderwunsch?				
Gab es bei Ihrem Onkel / Ihrer Tante Fehlgeburten? Falls ja, wie viele?				
Falls ja, in welcher SSW?				
Hat Ihr Onkel/ Ihre Tante Kinder? (Ihre Cousins/ Cousinen?) Falls ja, wie viele Söhne und wie viele Töchter?				
Sind bei diesen Cousins/Cousinen schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten? Was und in welchem Alter?				

Version:	2.0	Seite:	15 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Eltern Ihres Vaters (Mann)

Ihr Großvater väterlicherseits		Ihre Großmutter väterlicherseits	
Wie alt ist Ihr Großvater?		Wie alt ist Ihre Großmutter?	
Falls verstorben, in welchem Alter?		Falls verstorben, in welchem Alter?	
Hat Ihr Großvater schwerwiegende Erkrankungen?		Hat Ihre Großmutter schwerwiegende Erkrankungen?	
Wenn ja, welche?		Wenn ja, welche?	
In welchem Alter ist er erkrankt?		In welchem Alter ist sie erkrankt?	
Gab es bei Ihren Großeltern unerfüllten Kinderwunsch?			
Gab es bei Ihren Großeltern Fehlgeburten? Wenn ja, wie viele?			
Falls ja, in welcher SSW?			

Version:	2.0	Seite:	16 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Geschwister Ihrer Mutter (Ihre Tanten/ Onkel mütterlicherseits) (Mann)

Tante oder Onkel? (bitte nach Alter sortieren)	1.	2.	3.	4.
Falls es sich um Halbgeschwister Ihrer Mutter handelt: Gleiche Mutter wie Ihre Mutter oder gleicher Vater wie Ihre Mutter?				
Wie alt ist Ihr Onkel/ Ihre Tante?				
Falls verstorben, in welchem Alter?				
Gibt es bei Ihrem Onkel/ Ihrer Tante schwerwiegende Erkrankungen?				
Wenn ja, welche und in welchem Alter?				
Gab es bei Ihrem Onkel / Ihrer Tante unerfüllten Kinderwunsch?				
Gab es bei Ihrem Onkel / Ihrer Tante Fehlgeburten? Falls ja, wie viele?				
Falls ja, in welcher SSW?				
Hat Ihr Onkel/ Ihre Tante Kinder? (Ihre Cousins/ Cousinen) Falls ja, wie viele Söhne und wie viele Töchter?				
Sind bei diesen Cousins/Cousinen schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten? Was und in welchem Alter?				

Version:	2.0	Seite:	17 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025

## Eltern Ihrer Mutter (Mann)

Ihr Großvater mütterlicherseits		Ihre Großmutter mütterlicherseits	
Wie alt ist Ihr Großvater?		Wie alt ist Ihre Großmutter?	
Falls verstorben, in welchem Alter?		Falls verstorben, in welchem Alter?	
Hat Ihr Großvater schwerwiegende Erkrankungen?		Hat Ihre Großmutter schwerwiegende Erkrankungen?	
Wenn ja, welche?		Wenn ja, welche?	
In welchem Alter ist er erkrankt?		In welchem Alter ist sie erkrankt?	
Gab es bei Ihren Großeltern unerfüllten Kinderwunsch?			
Gab es bei Ihren Großeltern Fehlgeburten? Wenn ja, wie viele?			
Falls ja, in welcher SSW?			

## Ergänzungen (Mann):

Version:	2.0	Seite:	18 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	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 Präimplantationsdiagnostik (PID):



Version:	2.0	Seite:	19 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	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:	20 von 20
Autor:	Schaffeldt, Anna	Erstelldatum /Überarbeitung:	05.11.2025
Dokumentenverantwortlicher:	Mittelstädt, Laura	Prüfdatum:	11.11.2025
Freigabe:	Hitz, Marc-Phillip	Freigabedatum:	13.11.2025