

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. Falls eine Information in der Familie nicht bekannt ist, lassen Sie das entsprechende Feld bitte einfach frei.

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

Wir benötigen zudem vorab verfügbare **Befunde von Ihnen** (insbesondere z.B. Spermogramm, 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.

Bitte schicken Sie die Unterlagen an unsere Postadresse:

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

oder per Mail an: 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

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

Datum:
24.05.2023

Geschäftsführer:
Sebastian Hahn

Erfüllungsort und Gerichtsstand:
Oldenburg (Oldb)

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

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

Informationen zu Ihnen (Frau)

Name _____

Geburtsdatum _____ Ihr aktuelles Alter _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

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?) _____

Informationen zu Ihnen (Mann)

Name _____

Geburtsdatum _____ Ihr aktuelles Alter _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Haben Sie behandlungsbedürftige Krankheiten? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? _____

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

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? | | | | |

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 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? | | | |

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? | | | | |

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? | | | | |

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 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? | | | |

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? | | | | |

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):

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 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? | | | |

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? | | | | |

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? | | | | |

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? | | | |

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? | | | | |

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):