

Anmeldebogen für die genetische Sprechstunde

Sehr geehrte/r Ratsuchende/r,

für die Vorbereitung Ihres Termins in der genetischen Sprechstunde bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen und gemeinsam mit den auf Seite 3 genannten Dokumenten der Checkliste an uns zurückzusenden. Verwenden Sie für die Rücksendung bitte die vierte Seite dieses Fragebogens.

Persönliche Angaben

Vor- u. Nachname	_____	Geschlecht:
Geburtsdatum	_____	☐ weibl.
Geburtsort / Land	_____	☐ männl.
		☐ divers
Adresse	_____	
Krankenkasse	_____	☐ gesetzlich ☐ privat
Telefon/Mobil-Nr.	_____	
E-Mail-Adresse	_____	

Wer soll außer Ihnen unseren abschließenden Arztbrief erhalten?
(z.B. Hausarzt, Facharzt) *Bitte Name und Anschrift angeben:* _____

Bitte schildern Sie uns kurz den Grund Ihrer Kontaktaufnahme (Anliegen, Erkrankung, Erkrankungsalter, etc.)

Ist bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate bereits eine genetische Beratung/Diagnostik erfolgt? ☐ ja ☐ nein

Angaben zu Ihrer Familie:

Ihr/e Partner/in, Ehepartner/in

Name, Vorname	Geb. Dat.	Geschl.	Gesund/Erkrankt/Diagnose	Im Alter von:
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	

Ihre (leiblichen) Kinder

Name, Vorname	Geb. Dat.	Geschl.	Gesund/Erkrankt/Diagnose	Im Alter von:
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	

Ihre (leiblichen) Geschwister

Name, Vorname	Geb. Dat.	Geschl.	Gesund/Erkrankt/Diagnose	Im Alter von:
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	

Ihre Mutter, deren Eltern und Geschwister

Name, Vorname	Geb. Dat.	Geschl.	Gesund/Erkrankt/Diagnose	Im Alter von:
(Mutter)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Großmutter)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Großvater)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Schwester/Bruder)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Schwester/Bruder)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Schwester/Bruder)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	

Ihr Vater, dessen Eltern und Geschwister

Name, Vorname	Geb. Dat.	Geschl.	Gesund/Erkrankt/Diagnose	Im Alter von:
(Vater)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Großmutter)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Großvater)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Schwester/Bruder)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Schwester/Bruder)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	
(Schwester/Bruder)		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____	

Weitere Verwandte/Betroffene (z. B. Eltern oder Geschwister Ihrer Partnerin/Ihres Partners)

Name, Vorname	Geb. Dat.	Geschl.	Gesund/Erkrankt/Diagnose
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ Im Alter von: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____
Verwandtschaftsgrad:			☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ Im Alter von: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____
Verwandtschaftsgrad:			☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits
		☐ w ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ Im Alter von: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____
Verwandtschaftsgrad:			☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits
		☐ w. ☐ m ☐ d	☐ gesund ☐ erkrankt an: _____ Im Alter von: _____ ☐ verstorben im Alter von: _____
Verwandtschaftsgrad:			☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Zudem stimme ich der elektronischen Speicherung meiner angegebenen persönlichen Daten im Zuge der genetischen Beratung und Diagnostik zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich, ohne Angaben eines Grundes, widerrufen.

Datum

Unterschrift des/der Ratsuchenden /
gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Checkliste - Bitte legen Sie diesem Fragebogen weitere Unterlagen bei:

- ✓ Vorbefunde und Arztbriefe von allen betroffenen Personen
- ✓ Genetische Befunde
- ✓ Überweisungsschein des veranlassenden Arztes/Überweisers (falls vorhanden)

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Bitte verwenden Sie für die Rücksendung die Seite 4 unseres Fragebogens.
(Passend für Fensterkuverts)

**Wie geht es nun weiter?**

Sobald Ihre Unterlagen bei uns eingegangen sind, werden wir uns innerhalb 1 - 2 Wochen für eine Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin mit:

- ✓ Gesetzlich versichert: Versichertenkarte aller Terminteilnehmenden
- ✓ Gelbes Untersuchungsheft bei Kindern
- ✓ Eventuell neu erhaltene Arztbriefe/Befunde, welche uns noch nicht vorliegen

Empfänger:

unimedis HUMANGENETIK
Universitätsklinikum Frankfurt MVZ GmbH
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 11 A
60596 Frankfurt