

Patientendaten
Name, Vorname:
geb. am:
Termin:

**LADR Medizinisches Versorgungszentrum  
Drs. Bachg, Haselhorst & Kollegen  
Recklinghausen – Dortmund**



Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde  
 Fachärztin für Humangenetik, Psychotherapie  
 Telefon 02361 3000-0 • Fax 02361 3000-211



E-Mail [info@ihre-humangenetikerin.de](mailto:info@ihre-humangenetikerin.de)  
 Internet [www.ihre-humangenetikerin.de](http://www.ihre-humangenetikerin.de)

Sehr geehrte Patientin

Wir möchten Sie durch unser Beratungsgespräch umfassend informieren und mögliche Hilfestellungen anbieten. Zur Vorbereitung möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten, damit wir uns ein Bild Ihrer persönlichen Situation verschaffen können. In unserem Gespräch möchten wir dann gemeinsam klären, welche genetischen Untersuchungen für Sie hilfreich sein können.

**Fragen an die Partnerin**

Allgemein medizinische Fragen	Ja	Nein	Bemerkungen
Hatten oder haben Sie zur Zeit eine Krankheit wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Epilepsie, Anämie, Asthma, Neurodermitis, Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie an Allergien wie z. B. Heuschnupfen, Kontaktallergie, Nahrungsmittel-unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie jemals eine Thrombose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie unter zystischer Fibrose (Mucoviscidose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie an Magen-Darm Problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie kürzlich irgendeine Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie einen Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Gynäkologische Fragen</b>			
Haben Sie Verhütungsmittel benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Waren Sie schon einmal schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**FAX 02361 3000-211**

Bitte wenden!

**LADR Medizinisches Versorgungszentrum  
Dres. Bachg, Haselhorst & Kollegen  
Recklinghausen – Dortmund**

Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde  
Fachärztin für Humangenetik, Psychotherapie  
Telefon 02361 3000-0 • Fax 02361 3000-211

Patientendaten
Name, Vorname:
geb. am:

Fragen zur Familiengeschichte	Ja	Nein	Bemerkungen
Haben Sie Geschwister und/oder Halbgeschwister?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatte Ihre Mutter Fehl- oder Totgeburten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Ihre Geschwister Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, sind diese gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wie alt sind Ihre Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind sie gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Ihre Eltern Geschwister/Halbgeschwister?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben diese Geschwister Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, sind diese gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kennen Sie die weiteren Familien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wie alt sind Ihre Großeltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Ihre Familien miteinander verwandt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ist jemand in Ihrer Familie von Mucoviscidose oder chronischen Magen-Darm Erkrankungen wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa oder Zöliakie betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Schlaganfall, Herzinfarkt oder Lungenembolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit unerfülltem Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Sie jemals auf genetische Erkrankungen untersucht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wenn Sie weitere Anmerkungen oder Fragen haben, können Sie diese hier aufschreiben:

---

---

---

Bitte bringen Sie zu unserem Gespräch diesen Fragebogen sowie wichtige Untersuchungsbefunde mit.

Mit den besten Wünschen

Patientendaten
Name, Vorname:
geb. am:
Termin:

**LADR Medizinisches Versorgungszentrum  
Drs. Bachg, Haselhorst & Kollegen  
Recklinghausen – Dortmund**



Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde  
Fachärztin für Humangenetik, Psychotherapie  
Telefon 02361 3000-0 • Fax 02361 3000-211



E-Mail [info@ihre-humangenetikerin.de](mailto:info@ihre-humangenetikerin.de)  
Internet [www.ihre-humangenetikerin.de](http://www.ihre-humangenetikerin.de)

Sehr geehrter Patient

Wir möchten Sie durch unser Beratungsgespräch umfassend informieren und mögliche Hilfestellungen anbieten. Zur Vorbereitung möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten, damit wir uns ein Bild Ihrer persönlichen Situation verschaffen können. In unserem Gespräch möchten wir dann gemeinsam klären, welche genetischen Untersuchungen für Sie hilfreich sein können.

**Fragen an den Partner**

Allgemein medizinische Fragen	Ja	Nein	Bemerkungen
Hatten oder haben Sie zur Zeit eine Krankheit wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Epilepsie, Anämie, Asthma, Neurodermitis, Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie an Allergien wie z. B. Heuschnupfen, Kontaktallergie, Nahrungsmittelunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie unter zystischer Fibrose (Mucoviscidose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie an Magen-Darm Problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie kürzlich irgendeine Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie einen Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Urologische Fragen</b>			
Entstand schon einmal eine Schwangerschaft in dieser (oder anderer) Beziehung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden Sie schon jemals urologisch untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurde jemals ein Spermogramm oder ähnliches angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**FAX 02361 3000-211**

Bitte wenden!

**LADR Medizinisches Versorgungszentrum  
Dres. Bachg, Haselhorst & Kollegen  
Recklinghausen – Dortmund**

Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde  
Fachärztin für Humangenetik, Psychotherapie  
Telefon 02361 3000-0 • Fax 02361 3000-211

Patientendaten
Name, Vorname:
geb. am:

Fragen zur Familiengeschichte	Ja	Nein	Bemerkungen
Haben Sie Geschwister und/oder Halbgeschwister?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatte Ihre Mutter Fehl- oder Totgeburten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Ihre Geschwister Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, sind diese gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wie alt sind Ihre Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind sie gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Ihre Eltern Geschwister/Halbgeschwister?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben diese Geschwister Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, sind diese gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kennen Sie die weiteren Familien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wie alt sind Ihre Großeltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Ihre Familien miteinander verwandt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ist jemand in Ihrer Familie von Mucoviscidose oder chronischen Magen-Darm Erkrankungen wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa oder Zöliakie betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Schlaganfall, Herzinfarkt oder Lungenembolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit unerfülltem Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Sie jemals auf genetische Erkrankungen untersucht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wenn Sie weitere Anmerkungen oder Fragen haben, können Sie diese hier aufschreiben:

---

---

---

Bitte bringen Sie zu unserem Gespräch diesen Fragebogen sowie wichtige Untersuchungsbefunde mit.

Mit den besten Wünschen