

GENETISCHER FRAGEBOGEN

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Vorname:	Nachname:
Versichertennummer:	Telefon:
Adresse/fester Wohnsitz:	
Langfristige Einnahme von Medikamenten:	
Momentane gesundheitliche Einschränkungen:	
Vorhergegangene Operationen:	
Vorhergegangene ernste Krankheiten:	
Allergien und bronchiales Asthma:	
Erkrankung der Schilddrüse:	
Schwangerschaften:	
Schwangerschaftsabbrüche:	

GENETISCHER FRAGEBOGEN

Vorkommen von Krankheiten und Defekten in der Familie:	Selbst	Vater	Mutter	Geschwister	Andere	Bemerkungen
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angeborener Defekt vom Herzen/Gefäßen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombosen, Embolien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorkommen von Brust- oder Eierstocktumor, in welchem Alter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorkommen von Dickdarmtumor, in welchem Alter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber-, Bauchspeicheldrüsen-, Darmkrankheiten / erhöhter Bilirubinwert:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angeborene Hauterkrankungen und andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mentale Krankheiten, Heilung durch Psychiater:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zurückgebliebende Entwicklung, Intelligenzminderung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knochenbrüchigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angeborene Deformationen, Fehlen von Gliedmaßen, Fingern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wachstumsstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lippenspalte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entwicklungsstörungen der Geschlechtsorgane:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eine genetische Untersuchung wurde bereits durchgeführt: Ja Nein

ERGEBNIS

Chromosomale Untersuchung woanders: welche:	<input type="text"/>		
Wann:	<input type="text"/>	Wo:	<input type="text"/>

Kommentar:
.....
.....