



Fragebogen und Informationen zur genetischen Beratung bei (unerfülltem) Kinderwunsch

Füllen Sie bitte diesen Bogen möglichst vollständig aus und **retournieren** Sie ihn **unterschrieben im Vorfeld** mit relevanten Befunden an mich. Die Einverständniserklärung zur genetischen Analyse sowie die Blutabnahme dafür finden im Anschluss an das Gespräch statt (Sie müssen nicht nüchtern sein für die Blutabnahme!). Bitte planen Sie ausreichend Zeit ein (45-60 Minuten).

Fragen für die Frau:

Name:

Adresse:

Soz. Vers. Nr. / Geburtsdatum:

Versicherung:

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Eigenanamnese:

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Vorgeschichte? Wie alt waren Sie jeweils bei der Erstdiagnose und wie wurden Sie behandelt? Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?

Wurde bei Ihnen eine Ursache für die verminderte Fruchtbarkeit nachgewiesen (z.B. Endometriose, Gebärmutterfehlbildungen, undurchlässige Eileiter)? Bitte Befunde beilegen!



Bestehen bei Ihnen hormonelle Störungen? Bitte unbedingt Befunde beilegen!

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Auffälligkeiten in der Entwicklung (z.B. motorisch, sprachlich)?

Hatten Sie bereits Schwangerschaften? Wenn ja, wie oft waren Sie schwanger und spontan oder nach künstlicher Befruchtung?

Hatten Sie Fehl- oder Totgeburten? Bei Fehlgeburten – in welcher Schwangerschaftswoche? Auch das Geschlecht der Kindes, falls bekannt, bitte angeben.

Wann hatten Sie die erste Regelblutung und wann war diese bei Ihrer Mutter?

Sind Sie schon in den Wechseljahren? Wenn ja, seit welchem Alter?

Wann kam Ihre Mutter in die Wechseljahre?



Familienanamnese über zumindest 3 Generationen (bis zu den Großeltern mütterlicher- und väterlicherseits):

Welche Erkrankungen gibt oder gab es Ihres Wissens nach in Ihrer Familie? Bitte geben Sie immer an, wer genau betroffen ist/war und auch das ungefähre Alter bei Erstdiagnose.

Gab es Fehl- oder Totgeburten und wenn ja bei wem und wie viele? Bei Fehlgeburten – in welcher Schwangerschaftswoche? Auch das Geschlecht der Kindes, falls bekannt, bitte angeben.

Gibt es körperliche oder geistige Behinderungen oder Kinder mit ausgeprägten Entwicklungsverzögerungen in Ihrer Familie? Wenn ja, bei wem und wie äußern sich diese konkret?

Gibt es hormonelle Störungen in Ihrer Familie?

Gibt es noch weitere Angehörige, die unerfüllten Kinderwunsch haben oder hatten?

Gibt es Verwandtschaftsehen in Ihrer Familie oder sind Sie und Ihr Partner miteinander verwandt?



Ihre **persönlichen Daten** und Ihre Krankengeschichte werden in meiner Ordination elektronisch verarbeitet und gespeichert. Diese Daten müssen für mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden und dürfen zuvor nicht gelöscht werden. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, ist es nicht möglich, eine Beratung in meiner Ordination durchzuführen. Im Verlauf der Beratung und Testung werden behandlungsrelevante und personenbezogene Daten an Sie verschickt. Sollten sich Ihre Daten ändern, ersuche ich um eigenverantwortliche Übermittlung Ihrer aktuellen Daten.

Wichtig: Bei Kinderwunschpaaren ist es außerdem erforderlich, dass Daten bzw. Befunde des Partners / der Partnerin auch in der jeweiligen Krankenakte des / der anderen gespeichert werden dürfen.

Eine umfassende Aufklärung über alle denkbaren genetischen Störungen ist nicht möglich. Ebenso wenig ist es möglich, jedes Erkrankungsrisiko für Sie selbst oder Ihre Angehörigen und insbesondere für Ihre Kinder auszuschließen. In manchen Fällen ist keine Aussage zur Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer bestimmten Krankheit oder Entwicklungsstörung (Behinderung) möglich. Auch wenn ein niedriges (Wiederholungs-) Risiko angegeben wird, bedeutet dies, dass ein Auftreten möglich ist. Die durchschnittliche Häufigkeit von genetisch (mit)bedingten Krankheiten und Entwicklungsstörungen bei Neugeborenen liegt bei ca. 4- 5% (sog. Basisrisiko).

Die wichtigsten Inhalte der Beratung werden für Sie in einem **Beratungsbrief** zusammengefasst. Wenn im Anschluss daran noch Fragen offenbleiben oder wenn neue Probleme auftreten, können Sie sich jederzeit wieder mit mir in Verbindung setzen. Meine Zusammenarbeit mit anderen Ärzt:innen ist durch das ärztliche Berufsrecht und im Gentechnikgesetz (GTG) geregelt. Innerhalb dieses Rahmens können Sie mitbestimmen, in welchem Umfang andere Ärzte informiert werden.

Obigen Text habe ich durchgelesen und verstanden. Hiermit bestätige ich, dass alle gemachten Angaben meines Wissens nach korrekt sind und ich eine genetische Beratung in Anspruch nehmen möchte. Mir ist auch bewusst, dass ein Ausschluss sämtlicher genetischer Erkrankungen nicht möglich ist und dass die Beurteilung sich zukünftig auch ändern kann, wenn weitere Erkrankungen in der Familie auftreten, ich Angaben korrigieren muss, oder Beurteilungskriterien angepasst werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin



Fragen für den Mann:

Name:

Adresse:

Soz. Vers. Nr. / Geburtsdatum:

Versicherung:

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Eigenanamnese:

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Vorgeschichte? Wie alt waren Sie jeweils bei der Erstdiagnose und wie wurden Sie behandelt? Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?

Bestehen Auffälligkeiten im Spermiogramm? Besteht der Verdacht auf eine Aplasie der Samenleiter?
Bitte unbedingt Befunde beilegen, wenn vorhanden!

Bestehen bei Ihnen hormonelle Störungen? Bitte unbedingt Befunde beilegen!

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Auffälligkeiten in der Entwicklung (z.B. motorisch, sprachlich)?



Haben Sie bereits Kinder und wenn ja aus dieser oder einer vorangegangenen Partnerschaft? War die Befruchtung spontan oder künstlich?

Sind bei früheren Partnerinnen von Ihnen Fehl- oder Totgeburten aufgetreten? Bei Fehlgeburten – in welcher Schwangerschaftswoche? Auch das Geschlecht der Kindes, falls bekannt, bitte angeben.

Familienanamnese über zumindest 3 Generationen (bis zu den Großeltern mütterlicher- und väterlicherseits):

Welche Erkrankungen gibt oder gab es Ihres Wissens nach in Ihrer Familie? Bitte geben Sie immer an, wer genau betroffen ist/war und auch das ungefähre Alter bei Erstdiagnose.

Gab es Fehl- oder Totgeburten und wenn ja bei wem und wie viele? Bei Fehlgeburten – in welcher Schwangerschaftswoche? Auch das Geschlecht der Kindes, falls bekannt, bitte angeben.

Gibt es körperliche oder geistige Behinderungen oder Kinder mit ausgeprägten Entwicklungsverzögerungen in Ihrer Familie? Wenn ja, bei wem und wie äußern sich diese konkret?



Gibt es hormonelle Störungen in Ihrer Familie?

Gibt es noch weitere Angehörige, die unerfüllten Kinderwunsch haben oder hatten?

Gibt es Verwandtschaftsehen in Ihrer Familie oder sind Sie und Ihre Partnerin miteinander verwandt?

Ihre **persönlichen Daten** und Ihre Krankengeschichte werden in meiner Ordination elektronisch verarbeitet und gespeichert. Diese Daten müssen für mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden und dürfen zuvor nicht gelöscht werden. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, ist es nicht möglich, eine Beratung in meiner Ordination durchzuführen. Im Verlauf der Beratung und Testung werden behandlungsrelevante und personenbezogene Daten an Sie verschickt. Sollten sich Ihre Daten ändern, ersuche ich um eigenverantwortliche Übermittlung Ihrer aktuellen Daten.

Wichtig: Bei Kinderwunschpaaren ist es außerdem erforderlich, dass Daten bzw. Befunde des Partners / der Partnerin auch in der jeweiligen Krankenakte des / der anderen gespeichert werden dürfen.

Eine umfassende Aufklärung über alle denkbaren genetischen Störungen ist nicht möglich. Ebenso wenig ist es möglich, jedes Erkrankungsrisiko für Sie selbst oder Ihre Angehörigen und insbesondere für Ihre Kinder auszuschließen. In manchen Fällen ist keine Aussage zur Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer bestimmten Krankheit oder Entwicklungsstörung (Behinderung) möglich. Auch wenn ein niedriges (Wiederholungs-) Risiko angegeben wird, bedeutet dies, dass ein Auftreten möglich ist. Die durchschnittliche Häufigkeit von genetisch (mit)bedingten Krankheiten und Entwicklungsstörungen bei Neugeborenen liegt bei ca. 4- 5% (sog. Basisrisiko).

Die wichtigsten Inhalte der Beratung werden für Sie in einem **Beratungsbrief** zusammengefasst. Wenn im Anschluss daran noch Fragen offenbleiben oder wenn neue Probleme auftreten, können Sie sich jederzeit wieder mit mir in Verbindung setzen. Meine Zusammenarbeit mit anderen Ärzt:innen ist durch das ärztliche Berufsrecht und im Gentechnikgesetz (GTG) geregelt. Innerhalb dieses Rahmens können Sie mitbestimmen, in welchem Umfang andere Ärzte informiert werden.

Dr. Katharina Rötzer-Londgin
Gartendirektorstöckl
Schloss Schönbrunn
1130 Wien
Tel.: +43 1 8769091
office@genetischeberatung.at



Obigen Text habe ich durchgelesen und verstanden. Hiermit bestätige ich, dass alle gemachten Angaben meines Wissens nach korrekt sind und ich eine genetische Beratung in Anspruch nehmen möchte. Mir ist auch bewusst, dass ein Ausschluss sämtlicher genetischer Erkrankungen nicht möglich ist und dass die Beurteilung sich zukünftig auch ändern kann, wenn weitere Erkrankungen in der Familie auftreten, ich Angaben korrigieren muss, oder Beurteilungskriterien angepasst werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient