

Nachname / Vorname (ggf. Geburtsname): _____

Geburtsdatum: _____ Ethnität (woher stammt meine Familie): _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Straße / Hausnummer / PLZ / Ort: _____

Telefon / Handy: _____

Kurze Schilderung Ihrer Fragestellung:

Folgende Erkrankungen sind bei mir bekannt:

Damit sich Fr. Dr. Welling auf das Beratungsgespräch mit Ihnen vorbereiten kann, benötigen wir vorab einige Informationen. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus:

- Geben Sie bitte alle lebenden und verstorbenen Verwandten an
- Sollte es in Ihrer Familie Blutsverwandschaft geben, so markieren Sie bitte die entsprechenden Personen mit „CS“.
- Geben Sie bitte alle zu Ihrem Beratungsanliegen passende Erkrankungen der Verwandschaft an und fügen Sie wenn möglich eine Arztbriefkopie / genetischen Vorbefund bei. Bitte geben Sie dem / der Verwandten im Fragebogen eine Nummer und übertragen diese auf den / die zugehörigen Befund(e).
Bsp: Fragestellung bezüglich Krebs → alle Krebserkrankungen,
Fragestellung Thrombophilie → Herzinfarkte / Schlaganfälle / Lungenembolien
- senden Sie ihn rechtzeitig **vor** Ihrem Termin an uns zurück.

Weiterleitung von Vorbefunden an Untersuchungslabore

Für Ihr Beratungsanliegen kann es nötig sein familiäre (genetische) Vorbefunde von Ihnen bzw. Ihren Blutsverwandten an untersuchende Labore weiterzuleiten. Personenbezogene Daten (siehe Punkt 1) werden vor einer Weiterleitung geschwärzt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Sachverhalt mit Ihren hierfür in Frage kommenden Blutsverwandten besprochen und deren Einverständnis eingeholt haben.

[Ort], [Datum] (Unterschrift)

Daten-Kommunikation

Aus datenschutzrechtlichen Gründen (Stichwort Internet-Sicherheit) können wir die Zusendung Ihrer sensiblen Daten (Fragebogen, Arztbriefkopien, etc.) an die Praxis nur auf dem Postweg oder per Fax akzeptieren.

[Ort], [Datum] (Unterschrift)

<p>Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Besteht derzeit eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Mutter: Alter: _____ Verstorben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Mutter der Mutter: Alter: _____ Verstorben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Vater der Mutter: Alter: _____ Verstorben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erkrankung: _____ DA: _____</p>	<p>Vater: Alter: _____ Verstorben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Mutter des Vaters: Alter: _____ Verstorben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Vater des Vaters: Alter: _____ Verstorben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erkrankung: _____ DA: _____</p>
--	--	---

<p>Eigene Geschwister <input type="checkbox"/> keine Geschwister</p> <p>Nr. 1 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 3 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 4 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Bei Halbgeschwistern bitte angeben oder väterlich oder mütterlich</p>	<p>Kinder der Geschwister <input type="checkbox"/> keine Kinder</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p>
---	---

<p>Geschwister der Mutter <input type="checkbox"/> keine Geschwister</p> <p>Nr. 1 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 3 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 4 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Bei Halbgeschwistern bitte angeben oder väterlich oder mütterlich</p>	<p>Kinder der Geschwister der Mutter <input type="checkbox"/> keine Kinder</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p>
---	--

<p>Geschwister des Vaters <input type="checkbox"/> keine Geschwister</p> <p>Nr. 1 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 3 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Nr. 4 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>Bei Halbgeschwistern bitte angeben oder väterlich oder mütterlich</p>	<p>Kinder der Geschwister des Vaters <input type="checkbox"/> keine Kinder</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p> <p>zu Nr. _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Alter: _____ Erkrankung: _____ DA: _____</p>
---	--

M = Männlich W = Weiblich DA = Diagnosealter Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte weitere Familienangehörige mit Erkrankungen auf separatem Zettel auflisten