

PERSÖNLICHE UND FAMILIÄRE KRANKHEITSGESCHICHTE

Angaben zur Person

Name	Beruf
Nachname	Krankenkasse

Persönliche Krankheitsgeschichte

Gewicht _____ kg	Alter erste Regelblutung _____	Dauer des Menstruationszyklus _____
Körpergrösse _____ cm	Zyklus <input type="checkbox"/> Regelmässig	Dauer der Menstruation _____
	<input type="checkbox"/> Unregelmässig	
Bisherige Schwangerschaften? <input type="checkbox"/> Nein	Wie viele? _____	Anzahl der Kinder _____
<input type="checkbox"/> Ja	Komplikationen (Fehlgeburt, Gallenstau, sonstige)? _____	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Nein	Wieviel? _____	
<input type="checkbox"/> Ja		
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> Nein	Wieviel? _____	
<input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie schon einmal eine Operation gehabt? <input type="checkbox"/> Nein	Welcher Art? _____	
<input type="checkbox"/> Ja		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Nein	Welcher Art? _____	
<input type="checkbox"/> Ja		
Haben oder hatten Sie in der Vergangenheit eine Krankheit? <input type="checkbox"/> Nein	Welche? _____	
<input type="checkbox"/> Ja		
Waren Sie schon einmal im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> Nein	Aus welchem Grund? _____	
<input type="checkbox"/> Ja		

GENETISCH BEDINGTE KRANKHEITEN IN DER KRANKHEITSGESCHICHTE DER FAMILIE

Kommt eine der folgenden Krankheiten in Ihrer Familie vor?

Bekannte genetische/chromosomale Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____
	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
Ist bei dieser Person bereits ein Gentest durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Test? _____
	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
Gibt es in Ihrer Familie Fälle von:		
geistiger Behinderung und/oder Entwicklungsstörung	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Fruchtbarkeitsprobleme?	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Wiederholte spontane Fehlgeburten oder Totgeburten (bei Frauen unter 38 Jahren)	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Grossmutter,...) _____
	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Vorzeitige Menopause (Frauen unter 45 Jahren)	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Grossmutter,...) _____
	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Brustkrebs oder Eierstockkrebs (Bitte Alter bei Auftreten angeben)	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Grossmutter,...) _____
	<input type="checkbox"/> Si	_____
Andere bösartige Tumoren (Bitte Art und Alter bei Auftreten angeben)	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Stoffwechselstörungen (z. B. Favismus, Hypercholesterinämie, Diabetes)	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
	<input type="checkbox"/> Si	_____
Blutgerinnungsstörungen (z. B. Thrombose, Herzinfarkt, Hämophilie)	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Neurologische oder Muskelerkrankungen (Zittern, Epilepsie, Myopathie...)	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
	<input type="checkbox"/> Si	_____
Angeborene Taubheit	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) _____
	<input type="checkbox"/> Ja	_____

Ethnische Herkunft:

Auf Seiten Ihres Vaters:

- Italien, Iberische Halbinsel, Griechenland, Naher Osten
- Nord-/Mitteleuropa (einschliesslich Schweiz)
- Osteuropa
- Aschkenasische Juden
- Sonstige (bitte angeben)

Auf Seiten Ihrer Mutter:

- Italien, Iberische Halbinsel, Griechenland, Naher Osten
- Nord-/Mitteleuropa (einschliesslich Schweiz)
- Osteuropa
- Aschkenasische Juden
- Sonstige (bitte angeben)

Unterschrift/Ort _____

Datum: / / (Tag/Monat/Jahr)