



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  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Ja Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) \_\_\_\_\_

Ist bei dieser Person bereits ein Gentest durchgeföhrt worden?  Nein Wenn ja, welcher Test? \_\_\_\_\_  
 Ja Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...) \_\_\_\_\_

### Gibt es in Ihrer Familie Fälle von:

geistiger Behinderung und/oder Entwicklungsstörung  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...)  
 Ja \_\_\_\_\_

Fruchtbarkeitsprobleme?  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...)  
 Ja \_\_\_\_\_

Wiederholte spontane Fehlgeburten oder Totgeburten (bei Frauen unter 38 Jahren)  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Grossmutter,...)  
 Ja \_\_\_\_\_

Vorzeitige Menopause (Frauen unter 45 Jahren)  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Grossmutter,...)  
 Ja \_\_\_\_\_

Brustkrebs oder Eierstockkrebs (Bitte Alter bei Auftreten angeben)  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Grossmutter,...)  
 Si \_\_\_\_\_

Andere bösartige Tumoren (Bitte Art und Alter bei Auftreten angeben)  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...)  
 Ja \_\_\_\_\_

Stoffwechselstörungen (z. B. Favismus, Hypercholesterinämie, Diabetes)  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...)  
 Si \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen (z. B. Thrombose, Herzinfarkt, Hämophilie)  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...)  
 Ja \_\_\_\_\_

Neurologische oder Muskelerkrankungen (Zittern, Epilepsie, Myopathie...)  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...)  
 Si \_\_\_\_\_

Angeborene Taubheit  Nein Wenn ja, bei wem (Mutter, Vater, Grosseltern,...)  
 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)