PID-ZENTRUM
MÜNCHEN

PATIENTEN-FRAGEBOGEN
zur Vorbereitung einer Präimplantationsdiagnostik

Sie fragen sich, ob eine Präimplantationsdiagnostik für Sie in Frage kommt und möchten einen Termin zur humangenetischen Beratung vereinbaren?

Dann bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und Kopien bereits vorliegender Befunde (Genetische Befunde des Partners und der Partnerin und falls vorhanden eines Index-Patienten, z.B. betroffenes Kind) an das MGZ zu senden:

MGZ – Medizinisch Genetisches Zentrum
Bayerstraße 3 - 5, 80335 München
Fax: 089 / 30 90 886 - 66

PATIENTIN

Name _____ *Vorname* _____

Geburtsdatum _____ *Telefon privat* _____

Telefon dienstlich _____

Telefon mobil _____

Straße, Hausnummer _____ *PLZ, Wohnort* _____

Beruf _____ *Krankenversicherung* _____

Behandelnde(r) Frauenärztin/-arzt _____

PARTNER

Name _____ *Vorname* _____

Geburtsdatum _____ *Telefon privat* _____

Telefon dienstlich _____

Telefon mobil _____

Straße, Hausnummer _____ *PLZ, Wohnort* _____

Beruf _____ *Krankenversicherung* _____

Behandelnder Urologe/Androloge _____

Version 2018/02

PID-Zentrum München
Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Elke Holinski-Feder, Prof. Dr. med. Angela Abicht, Dr. med. Teresa Neuhann
Fachärztinnen für Humangenetik, MVZ

Zugelassenes Zentrum für Präimplantationsdiagnostik des MGZ – Medizinisch Genetischen Zentrums
Bayerstraße 3 - 5 • D-80335 München • Tel. +49 89 30 90 886 - 0 • Fax +49 89 30 90 886 - 66
www.pid-zentrum.de • info@pid-zentrum.de • Deutsche Apotheker- und Ärztebank • Kto. 000 669 52 13 •
BLZ 300 606 01 IBAN DE96 3006 0601 0006 6952 13 • SWIFT DAAEDEDDXXX • USt.-ID DE288087570

ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13242-01-00

PID-ZENTRUM MÜNCHEN

MEDIZINISCHE ANGABEN

Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch? _____

Waren Sie bereits in reproduktionsmedizinischer Behandlung? ☐ *ja** ☐ *nein*

** falls ja, bitte Datum der Behandlung und Zentrum angeben:*

_____

Machen Sie bitte Angaben zu bisherigen Schwangerschaftsverläufen und gegebenenfalls Fehlgeburten:

Jahr	*Verlauf*

***Für welche Fragestellungen** ist eine Präimplantationsdiagnostik (PID) geplant?*

☐ *Chromosomenveränderung*

- ☐ Chromosomenveränderung, strukturell
- ☐ Chromosomenveränderung, numerisch, Aneuploidieuntersuchung

Angabe der bei Ihnen vorliegenden Chromosomenveränderung:

- ☐ Reziproke Translokation bei der Frau
- ☐ Reziproke Translokation beim Mann
- ☐ Robertsonsche Translokation bei der Frau
- ☐ Robertsonsche Translokation beim Mann

Falls bekannt, bitte Angabe des Karyotyps

_____

☐ *Monogene Erkrankung*

Bitte Angabe der Erkrankung mit Angabe des Gens

_____

_____

Bitte fügen Sie dem Fragebogen, wenn vorhanden, genetische Vorbefunde bzw. humangenetische Berichte bei.

PID-Zentrum München
Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Elke Holinski-Feder, Prof. Dr. med. Angela Abicht, Dr. med. Teresa Neuhann
Fachärztinnen für Humangenetik, MVZ
Zugelassenes Zentrum für Präimplantationsdiagnostik des MGZ – Medizinisch Genetischen Zentrums
Bayerstraße 3 - 5 • D-80335 München • Tel. +49 89 30 90 886 - 0 • Fax +49 89 30 90 886 - 66
www.pid-zentrum.de • info@pid-zentrum.de • Deutsche Apotheker- und Ärztebank • Kto. 000 669 52 13 •
BLZ 300 606 01 IBAN DE96 3006 0601 0006 6952 13 • SWIFT DAAEDEDDXXX • USt.-ID DE288087570

ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13242-01-00