

## FHkids

### Screening auf familiäre Cholesterinerhöhung in Kindern



Code/ID: \_\_\_\_\_

Name des Kindes (Vorname u. Nachname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Kind: \_\_\_\_\_ Geschlecht Kind:  männlich  weiblich

#### Liebe Mutter!

Mit diesem Fragebogen unterstützen Sie ein Gesundheitsprojekt in Österreich, um das Risiko für erhöhtes Cholesterin (=Blutfett) bei Ihrem Kind feststellen zu können. Bei erhöhten Cholesterinwerten im Blut spricht man von **Familiärer Hypercholesterinämie (FH)**. Dies ist weltweit eine der häufigsten vererbten Stoffwechselerkrankungen. Bei Vorliegen dieser Erkrankung besteht ein deutlich erhöhtes Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall bereits im jungen Erwachsenenalter. Aus diesem Grund ist eine Diagnose bereits im Kindesalter wichtig, da eine frühe Aufklärung und ein gesunder Lebensstil wesentlich zur Senkung des Risikos beitragen können.

Sie werden gebeten gewissenhaft den Fragebogen zu Ihrer Person und nahen Verwandten auszufüllen. Aus Ihren Angaben wird nach einem standardisierten Verfahren das Risiko einer Familiären Hypercholesterinämie für Ihr Kind ermittelt. Nur bei Verdacht eines erhöhten Risikos werden wir Sie kontaktieren und zu einer Untersuchung eingeladen.

**Angaben zur leiblichen Mutter:**

Name (Vorname u. Nachname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter (in Jahren): \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ cm; aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg; BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Adresse: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

1) Sind bei Ihnen erhöhte Blutfette (=Cholesterin gesamt, Triglyceride, LDL-Cholesterin) bekannt?     Ja     Nein     Nicht gemessen

2) Nehmen Sie Cholesterin senkende Medikamente?

Ja     Nein

Wenn ja: welches Medikament (Angabe des Medikaments und der täglichen Dosis): \_\_\_\_\_

---

3) Wurden bei Ihnen Verdickungen / Ablagerungen (=Xanthome, Xanthelasmen) vor allem im Bereich der Achillessehne/ Hände/ Knien oder Augen festgestellt?

Ja     Nein

4) Sind bei Ihnen Beschwerden des Herzens (=Verkalkungen/Verengungen der Herzkratzgefäß, Herzinfarkt), Verengungen großer Gefäße (zB. Körperhauptschlagader, Kopfschlagader) bzw. zerebrale Durchblutungsstörungen (=Schlaganfall) bekannt?

Ja     Nein    wenn ja: Angabe der Erkrankungen: \_\_\_\_\_

---

5) Haben nahe Verwandte (ersten oder zweiten Grades\*):

- erhöhte Blutfette (=Cholesterin gesamt, Triglyceride, LDL-Cholesterin)

Ja     Nein    wenn ja: Angabe der Verwandten: \_\_\_\_\_

---

- einen Herzinfarkt vor dem Alter von 50 (bei Männern) oder 60 (bei Frauen) Jahren gehabt?

Ja     Nein    wenn ja: Angabe der Verwandten: \_\_\_\_\_

---

Ihre Unterlagen werden von der Prüfärztin dieses Gesundheitsprojektes, Prim. Priv. Doz. Dr. Jörg Jahn, MBA pseudoanonymisiert und verschlossen aufbewahrt.

\*Verwandte ersten Grades: Kinder, Eltern und Geschwister

Verwandte zweiten Grades: Großeltern, Enkel, Onkeln, Tanten, Neffen, Nichten und Halbgeschwister.