



Fragebogen für:

Welche Krankheiten/Operationen hatten Sie früher? (in chronologischer Reihenfolge)

Datum	Krankheit/Operation	Datum	Krankheit/Operation

Eingenommene und gegenwärtig einzunehmende Medikamente (auch Hausmittel, Homöopathie, Pille)

Frühere Behandlungen und Therapien:

Welche Krankheiten haben oder hatten ihre Vorfahren und Verwandten? Woran sind diese gestorben? Achten Sie speziell auf folgende Krankheiten: Asthma; Allergien, Heuschnupfen, Epilepsie, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Krebs, Leukämie, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Nieren-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Missbildungen etc.

Geschwister

eigene Kinder

Mutter

Vater

Onkel

Onkel

Tanten

Tanten

Grossmutter

Grossmutter

Grosstanten/Grossonkel

Grosstanten/Grossonkel

Urgrossmutter

Urgrossmutter

Urgrossvater

Urgrossvater

Grossvater

Grossvater

Grosstanten/Grossonkel:

Grosstanten/Grossonkel:

Urgrossmutter

Urgrossmutter

Urgrossvater

Urgrossvater
