

Fragebogen für:

Name: _____ Krankenkasse: _____

Vorname: _____ Telefon P: _____

Strasse: _____ Telefon Natel: _____

PLZ / Ort: _____ email: _____

Geb. Datum: _____ Beruf: _____

Zivilstand: _____ Kinder: _____

Welche Krankheiten / Operationen / Unfälle hatten Sie früher?

(bitte chronologisch auflisten)

Datum	Krankheiten, Operationen
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Eingenommene und gegenwärtig einzunehmende Medikamente

(auch Hausmittel, Homöopathie, Pille, Salben etc.)

Was für Behandlungen und Therapien haben Sie bereits gemacht?

Welche Krankheiten haben oder hatten Ihre Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister und Kinder? Woran sind diese evt. gestorben? Fragen Sie bitte bei Ihren Eltern oder Verwandten nach und achten Sie speziell auf diese 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:** _____

Grossonkel/Grosstanten: _____ Grossonkel/Grosstanten: _____

Urgrossmutter: _____ Urgrossmutter: _____

Urgrossvater: _____ Urgrossvater: _____

Grossvater: _____ **Grossvater:** _____

Grossonkel/Grosstanten: _____ Grossonkel/Grosstanten: _____

Urgrossmutter: _____ Urgrossmutter: _____

Urgrossvater: _____ Urgrossvater: _____