

Fragebogen

Name: _____

Welche Krankheiten und Operationen hatten Sie bisher? (in chronologischer Reihenfolge):

Datum	Krankheiten / Operationen	Datum	Krankheiten / Operationen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

Frühere Behandlungen und Therapien:

Welche Krankheiten haben oder hatten Ihre Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister und Kinder? Woran sind diese evtl. 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- und 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 _____