

Fragebogen für: _____

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

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

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

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 folgenden Krankheiten:

Asthma, Allergien, Heuschnupfen, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, Epilepsie, 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: _____