Name.....

Vorname.....Geb.....
Straße.....
PLZ.....Ort.....
Tel.....Fax.....e-
mail.....
Krankenversicherung.....

PERSÖNLICHE KRANKENGESCHICHTE

Wie war Ihre Entwicklung als Kleinkind (erste Zähne, Schritte, Sprechen)?
hatten Sie besondere Reaktionen auf Impfungen? Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle
hatten Sie bisher in Ihrem Leben (bitte mit Jahresangabe)? Welche Ereignisse haben Sie besonders geprägt

KRANKENGESCHICHTE DER FAMILIE

Woran leiden Ihre Familienangehörigen (Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Geschwister, Kinder)?
Wichtige Krankheiten: Ekzeme, Allergien, Mittelohrentzündungen, Schilddrüsenkrankheiten, Lungenleiden, Asthma,Tuberkulose, Herzkrankheiten, Blutdruckprobleme, Leber- Nierenleiden, Rücken- oder Gelenksleiden, Diabetes, Krampfadern, Fehlgeburten, Sucht, Mißbildungen, Unterleibskrankheiten, Tumore, Epilepsie, psychische Leiden,usw.