

Personalien

Name _____ Vorname _____
Name Eltern (bei Kindern in Behandlung) _____
Geb-Datum _____ Geb-Datum eigene Kinder _____
Zivilstand _____ seit _____
Adresse _____
Tel Privat _____ Tel Geschäft _____ Tel Natel _____
e-mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Krankenkasse _____ Zusatzversicherung ja/nein _____

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 und in welchem Alter? 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** _____

Grossonkel/Grosstanten _____ Grossonkel/Grosstanten _____

Urgrossmutter _____ Urgrossmutter _____

Urgrossvater _____ Urgrossvater _____

Grossvater _____ **Grossvater** _____

Grossonkel/Grosstanten _____ Grossonkel/Grosstanten _____

Urgrossmutter _____ Urgrossmutter _____

Urgrossvater _____ Urgrossvater _____