

Krankheits- und Behandlungsgeschichte von:

Name

Vorname

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, 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/-tanten:

Grossonkel/-tanten:

Urgrossmutter/-vater:

Urgrossmutter/-vater:

Grossvater:

Grossvater:

Grossonkel/-tanten:

Grossonkel/-tanten:

Urgrossmutter/-vater:

Urgrossmutter/-vater: