

## Fragebogen meine Erkrankungen

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

Datum	Krankheiten/Operationen	Datum	Krankheiten/Operationen
-------	-------------------------	-------	-------------------------

Welche Medikamente nehmen Sie ein, haben Sie eingenommen? (auch Hausmittel, Homöopathie, Pille)

Frühere Behandlungen und Therapien:

## Fragebogen Erkrankungen der Familie

Welche Krankheiten haben/hatten Ihre Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, 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-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Missbildungen etc.**

Geschwister:

Eigene Kinder:

**Mutter:**

Onkel:

Tanten:

**Grossmutter:**

Grossonkel/-tanten:

Urgrossmutter:

Urgrossvater:

Grossvater:

Grossonkel/-tanten:

Urgrossmutter:

Urgrossvater:

**Vater:**

Onkel:

Tanten:

**Grossmutter:**

Grossonkel/-tanten:

Urgrossmutter:

Urogrossvater:

Grossvater:

Grossonkel/-tanten:

Urgrossmutter:

Urgrossvater:

## Impfungen:

Bitte bringen Sie eine Kopie Ihres Impfaufweises mit