



Fragebogen für:

Bitte ausfüllen und mit zur Konsultation bringen. Danke.

Welche Beschwerden, Krankheiten, Operationen haben oder hatten Sie?
In chronologischer Reihenfolge.

Datum	Krankheit Operation
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Unfälle:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Kinderkrankheiten:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Auch Hausmittel, Homöopathie, Pille.

Zuvor angewandte Heilmethoden?

Familienbelastungen z.B. Allergien, Ekzeme, Asthma, Tuberkulose, Rheuma, Gicht, Arthrose, Schlägli, Krebs, Tumore, Alkohol etc.

Welche Krankheiten haben oder hatten ihre Vorfahren und Verwandte? Woran sind diese gestorben? Achten Sie auf folgende Krankheiten:

Asthma, Allergien, Heuschnupfen, Epilepsie, Haut- Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Missbildungen, etc.

Geschwister _____

Eigene Kinder _____

Mutter _____ **Vater** _____

Grossmutter _____ **Grossmutter** _____

Grossvater _____ **Grossvater** _____

Tanten _____ **Tanten** _____

Onkel _____ **Onkel** _____

Urgrossvater _____ **Urgrossvater** _____

Urgrossmutter _____ **Urgrossmutter** _____