



Fragebogen

Vorname/Name: _____

Welche Krankheiten/Operationen hatten Sie früher?
(Bitte in chronologischer Reihenfolge nach Datum gegliedert auflisten)

Jahr	Krankheiten / Operationen	Jahr	Krankheiten / Operationen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

An welchen Beschwerden leiden Sie heute noch und seit wann?

Jahr	Krankheiten / Operationen	Jahr	Krankheiten / Operationen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Bitte genau abklären!

Welche Krankheiten haben oder hatten Ihre Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister und Kinder?
Woran sind diese in welchem Alter gestorben? Bitte achten Sie speziell auf folgende Krankheiten:

Asthma, Allergien, Heuschnupfen, Epilepsie, Hautkrankheiten, Gemütskrankheiten, Depressionen, Verhaltensauffälligkeiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Herzkrankheiten, Krampfadern, Tumore, Zysten, Myome, Krebs, Kropf, Lympherkkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Nieren-/Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkoholprobleme, Missbildungen etc.

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____