

Patienteninformationen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Persönliche Krankengeschichte

Wie war Ihre Entwicklung als Kleinkind (Geburtsgewicht, -grösse, Stillen, Milchschorf, erste Zähne, erste Schritte, Sprechen, Kinderkrankheiten etc.)?

Hatten Sie besondere Reaktionen auf Impfungen?

Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle hatten Sie bisher in Ihrem Leben (mit Jahresangabe)?

Welche Ereignisse oder Schicksalsschläge haben Sie besonders geprägt?

Krankengeschichte der Familie

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor (nur Blutsverwandte wie Eltern, Grosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister, Kinder?)

Beispiele von Beschwerden: Hautausschläge, Allergien, Stirnhöhlenentzündung, Mittelohrentzündung, Schilddrüsenkrankheiten, Asthma, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Blutdruckprobleme, Leber-/Nierenerkrankungen, Diabetes, Rücken-, Gelenk- oder Muskelerkrankungen, Krampfadern, Fehlgeburten/Missbildungen, Geschlechtskrankheiten, Tumore/Krebs, Epilepsie, Suchtprobleme etc.

Mutterseits	Vaterseits