

**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?**

---

---

---

---

---

---

---

---

