

Patientenformular

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Persönliche Krankengeschichte

Wie verlief Ihre Entwicklung in Ihrer Kindheit (Zähne, erste Schritte, Sprechen etc. .)? Haben Sie besondere Reaktionen nach Impfungen gezeigt? Welche Ereignisse haben Sie besonders geprägt?

Krankengeschichte Ihrer Familie

Welche Krankheiten (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Lungenleiden, Asthma, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Blutdruckprobleme, Leiden des Bewegungsapparates, Diabetes, Suchtprobleme, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Epilepsie etc.) kommen in Ihrer Familie (Blutsverwandte wie Eltern, Grosseltern, Geschwister, Kinder etc.) vor?
