

Fragebogen für:

Bitte nehmen Sie *ein Foto* für die Karteikarte und eine *Kopie des Impfausweises* (falls vorhanden) mit.
Besten Dank!

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

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

An welchen Krankheiten leiden Sie heute noch und seit wann?

Jahr	Krankheiten	Jahr	Krankheiten
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Gegenwärtig einzunehmende Mittel (auch Herzmittel, Hausmittel, Pille etc.)

Bitte genau abklären!

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

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

Eigene Geschwister: _____

Kinder: _____

Vaterseite

Mutterseite

Vater:	Mutter:
Onkel/Tanten:	Onkel/Tanten:
Grossmutter:	Grossmutter:
Grossvater:	Grossvater:
Grosstanten/Grossonkel:	Grosstanten/Grossonkel:
Weitere Bemerkungen:	