

## Fragebogen

Welche Krankheiten/Operationen hatten sie früher? (In chronologischer Reihenfolge)

Datum	Krankheit/Operation	Datum	Krankheit/Operation

Eingenommene und gegenwärtig einzunehmende Medikamente (auch Hausmittel, Homöopathie, Pille):

Frühere Behandlungen und Therapien:

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

**Asthma, Allergien, Heuschnupfen, Epilepsie, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Krebs, Leukämie, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Nieren-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Missbildungen etc.**

Geschwister:	
Eigene Kinder:	
<b>Mutter:</b>	<b>Vater:</b>
Onkel:	Onkel:
Tanten:	Tanten:
<b>Grossmutter:</b>	<b>Grossmutter:</b>
Grossonkel/Grosstanten:	Grossonkel/Grosstanten:
Urgrossmutter	Urgrossmutter
Urgrossvater	Urgrossvater
<b>Grossvater:</b>	<b>Grossvater:</b>
Grossonkel/Grosstanten:	Grossonkel/Grosstanten:
Urgrossmutter:	Urgrossmutter:
Urgrossvater:	Urgrossvater: