

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____ Rechnung per Mail

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Nennen sie ihr Hauptanliegen:

Welche Medikamente nehmen sie momentan ein?

Listen sie in chronologischer Reihenfolge ihre früheren Krankheiten und Operationen auf.

Jahr/Alter Krankheiten

Familienanamnese

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

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

Geschwister: _____ Eigene Kinder: _____

Mutter: _____ Vater: _____

Tanten/ Onkel: _____ Tanten/ Onkel: _____

Grossmutter: _____ Grossmutter: _____

Grossvater: _____ Grossvater: _____

Bitte bringen sie eine Kopie ihres Impfausweises mit.