**Fragebogen für:**

Was für Krankheiten/ Operationen hatten Sie? (Altersangabe/Jahr)

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? (Pille, Hausmittel, Homöopathie)

Frühere Behandlungen und Therapien?

Was für Erkrankungen haben oder hatten Ihre Eltern, Grosseltern, Geschwister, Tanten, Onkel, Urgrosseltern?

**z.B: Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Haut-, Herz-, Lungen-, Leber-, Gemüts-, Schilddrüsen-, Nieren-, Blasenerkrankungen, Bluthochdruck, Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Alkohol-, Suchtprobleme, Diabetes, Gallensteine, Rheuma, Gicht, Arthrose, Krampfadern, Zysten, Myome usw.**

**Geschwister:**

**Eigene Kinder:**

**Mutter: Vater:**

Onkel: Onkel:

Tanten: Tanten:

**Grossmutter: Grossmutter:**

Grossonkel/Tanten: Grossonkel/Tanten:

Urgrossmutter Urgrossmutter:

Urgrossvater: Urgrossvater:

**Grossvater: Grossvater:**

Grossonkel/Tanten: Grossonkel/Tanten:

Urgrossmutter: Urgrossmutter:

Urgrossvater: Urgrossvater:

**Bringen Sie bitte eine Kopie des Impfausweises und den Fragebogen für das Patientendossier mit.**