



# Patienteninformationen

Damit wir uns ein vollständiges Bild von Ihnen machen können, bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen und zusammen mit einem Foto von Ihnen zur ersten Konsultation mitzubringen.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## Persönliche Krankengeschichte

Wie war Ihre Entwicklung als Kind? (Geburtsgewicht und -grösse? erste Zähne, Schritte und Sprache? Milchschorf, Stillen...?)

Hatten Sie besondere Reaktionen auf Impfungen? Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle hatten Sie bisher in Ihrem Leben? Welche Ereignisse und Schicksalsschläge haben Sie besonders geprägt? (Bitte mit Jahreszahlen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Krankengeschichte der Familie

Bitte listen Sie Krankheiten auf, die in Ihrer Familie (Eltern, Grosseltern, Tanten oder Geschwistern) aufgetreten sind.

Beispiele von Beschwerden: Migräne, Gelenkschmerzen, Depression, Hautprobleme, Rückenschmerzen, Diabetes, Asthma, Leber- oder Nierenerkrankungen, Blutdruckprobleme oder Herzkrankheiten etc. Hier benötigen wir keine Jahresangaben.

Mutterseite	Vaterseite