



Fragebogen als Vorbereitung zur ersten Konsultation

Vorname _____ Name _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefonnummer _____

Mail _____ Krankenkasse (Zusatzversicherung) _____

- Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? (auch Pflanzliche Heilmittel, Homöopathie, Schüssler Salze, Hormone)

- Frühere Behandlungen und Therapien

- Welche Krankheiten hatten Sie bis heute? (Chronologische Reihenfolge) z.B. Masern, Röteln, Windpocken, Mumps, Keuchhusten, Mittelohrentzündung, Angina, Scharlach, Diphtherie, Blasenentzündung, usw.

- Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt, welche und wann? (Chronologische Reihenfolge)

Monat/Jahr

Krankheit / Operation

- Welche Krankheiten haben oder hatten Ihre Angehörigen. Todesursachen und das Alter zum Zeitpunkt des Todes.

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

Bruder / Schwester _____

Eigene Kinder _____

Mutter _____

Grossmutter _____

Urgrossmutter _____

Urgrossvater _____

Grossvater _____

Urgrossmutter _____

Urgrossvater _____

Vater _____

Grossmutter _____

Urgrossmutter _____

Urgrossvater _____

Grossvater _____

Urgrossmutter _____

Urgrossvater _____