



NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

BERUF

GRÖSSE

GEWICHT

1. BESCHREIBEN SIE IHRE BESCHWERDEN. SEIT WANN HABEN SIE DIESE?

2. WELCHE KRANKHEITEN TRETEN IN IHRER FAMILIE HÄUFIGER AUF (AUCH ALLERGIEN)?

3. WELCHE KINDERKRANKHEITEN UND WICHTIGE VORERKRANKUNGEN SIND BEI IHNEN BEKANNT?

4. WELCHEN OPERATIONEN MUSSTEN SIE SICH UNTERZIEHEN? HABEN SIE NARBEN AM KÖRPER?

5. WELCHE IMPFUNGEN SIND BEI IHNEN VORGENOMMEN WORDEN? GAB ES IMPFREAKTIONEN?

6. WELCHE ALLERGIEN SIND BEI IHNEN BEKANNT? WIE GETESTET (HAUT- / BLUTTEST)?



7. WELCHE ALLERGIEBEHANDLUNGEN SIND BEI IHNEN DURCHGEFÜHRT WORDEN – MIT WELCHEM ERFOLG?

---

---

8. WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG EIN?

---

---

9. WELCHE ZAHNFÜLLUNGEN HABEN SIE? HABEN SIE SONSTIGE METALLE IM KÖRPER?

---

---

10. HABEN SIE HAUSTIERE? WENN JA, WELCHE?

---

---

11. WIE SIEHT IHRE ERNÄHRUNG AUS? (BITTE ANKREUZEN)

VEGETARISCH

VOLLWERTIG

GEMISCHT

5. TREIBEN SIE SPORT? WENN JA, WELCHEN?

---

---

6. HABEN SIE EIN BESONDERES HOBBY?

---

---