

**Fragebogen für:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Natel: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung Komplementärmedizin: \_\_\_\_\_

Name + Vorname der Mutter/Vater: \_\_\_\_\_

(bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren)

**Welche Krankheiten/Operationen/Unfälle hatten Sie früher?**

(bitte chronologisch auflisten)

**Datum**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Was für Medikamente haben Sie bereits eingenommen und was nehmen Sie zurzeit ein? (auch Salben, Pille, homöopathische Mittel, Hausmittel, usw.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was für Behandlungen und Therapien haben Sie bereits gemacht?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Krankheiten haben oder hatten Ihre Kinder, Eltern und Verwandten? Woran sind diese evtl. gestorben? Fragen Sie bitte bei Ihren Eltern und Verwandten nach und achten Sie speziell auf folgende Krankheiten:**

Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Epilepsie, Parkinson, Haut-, Geschlechts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, psychische Probleme, Suizid, Alkohol- und Suchtprobleme, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Krebs, Leukämie, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Nieren-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Missbildungen, Unfruchtbarkeit, früher Tod, usw.

Urgrossmutter	Urgrossvater	Urgrossmutter	Urgrossvater	Urgrossmutter	Urgrossvater	Urgrossmutter	Urgrossvater
<b>Grossonkel /Grosstanten</b>		<b>Grossonkel /Grosstanten</b>		<b>Grossonkel /Grosstanten</b>		<b>Grossonkel /Grosstanten</b>	
<b>Grossmutter</b>		<b>Grossvater</b>		<b>Grossmutter</b>		<b>Grossvater</b>	
<b>Onkel</b>		<b>Tante</b>		<b>Onkel</b>		<b>Tante</b>	
<b>Mutter</b>				<b>Vater</b>			
Alter:				Alter:			
<b>Geschwister</b>							
Alter:							
<b>Eigene Kinder</b>							
Alter:							

**Ich bitte Sie, den vollständig ausgefüllten Fragebogen, ein aktuelles Passfoto und eine Kopie Ihres Impfausweises bei Ihrer Erstkonsultation mitzubringen! Falls Sie diagnostische Unterlagen, Arztberichte, usw. haben, nehmen Sie diese ebenfalls mit.**

Ort, Datum, Unterschrift:

---