



## Fragebogen

### **Persönliche Daten:**

Name, Vorname .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon .....

E-Mail: .....

Beruf: .....

Zivilstand: .....

Anzahl Kinder  
& Jahrgänge: .....

Hobby: .....

Krankenkasse Zusatzversicherung: .....

### **Eigene Krankengeschichte:**

Welches sind im Moment Ihre Hauptbeschwerden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Andere Beschwerden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle, prägende Ereignisse hatten Sie in Ihrem Leben?

(Bitte mit Jahresangabe)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Krankengeschichte der Familie:**

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor? (Grosseltern, Eltern, Geschwister, Onkel, Tanten)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Beispiele möglicher Krankheiten:**

*Schwangerschafts-und Geburtsprobleme/ Hautausschläge, Warzen/  
Entwicklungsstörungen/ Kinderkrankheiten mit Komplikationen/ Allergien/  
Infektionskrankheiten, Entzündungen/ Organerkrankungen/ Psychische  
Erkrankungen/ Operationen/ Schlafprobleme/ Hormonelle Probleme/  
Autoimmunerkrankungen/ Rheumatische Beschwerden/ Blut- und  
Gefässerkrankungen/ Tumore, etc.*