



# 1. Stammdaten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_

## Meine Kontaktdaten

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

WhatsApp

E-Mail \_\_\_\_\_

## Informationen über meine Familie

Kind, Vorname	Geb.-Datum	evtl. Erkrankungen
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte ein extra-Blatt bei.



## 2. Aktuelle Beschwerden

Welche Begleitumstände? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche aktuellen Medikamente (auch Naturheilkunde)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte ein extra-Blatt bei.

## 3. Impfungen

Impfungen und in deren Folge auftretende Reaktionen sind wichtig. Impffolgen können sein lokale Schwellung, Husten, Fieber, Mattigkeit, Durchfall, Erbrechen, Ohrenentzündung, Schlafprobleme, oder Ängste. Bitte dies hier erläutern:

Datum	Impfung	Reaktion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte ein extra-Blatt bei.

**Bitte Kopie des Impfpasses mitschicken.**

## 4. Kinderkrankheiten

- |                                 |                                      |                                     |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Mumps  | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |                                     |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach   |                                     |





## 6. Bei Frauen

1. Haben oder hatten Sie Zyklusprobleme? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Wie verhüten Sie? Gab es Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Wie verliefen Schwangerschaft und Geburt(en)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Sind Sie operiert (z. B. Entfernung der Gebärmutter etc.)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Familiäre Erkrankungen

Meine Geschwister (Der Reihe nach und eigene Position)

Name, Geb.-Datum	Krankheit	falls verstorben Todesursache
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte ein extra Blatt bei.



Väterliche Seite	Krankheit	falls verstorben Todesursache
Vater		
dessen Vater (mein Opa)		
dessen Mutter (meine Oma)		
dessen Geschwister (einzeln aufzählen)		
dessen Geschwister (einzeln aufzählen)		
dessen Geschwister (einzeln aufzählen)		

Wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte ein extra Blatt bei.

Mütterliche Seite	Krankheit	falls verstorben Todesursache
Mutter		
deren Vater (mein Opa)		
deren Mutter (meine Oma)		
deren Geschwister (einzeln aufzählen)		
deren Geschwister (einzeln aufzählen)		
deren Geschwister (einzeln aufzählen)		

Wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte ein extra Blatt bei.

## 8. Emotionales Umfeld, Beruf, Familie

Gibt es momentan größere Sorgen in Ihrem Umfeld? Gerne können Sie mir Ihre eigenen Überlegungen zu Ihrem Krankheitsverlauf und emotionalen Umfeld mitteilen.

---

---

Wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte ein extra-Blatt bei.