|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geb.: |
| Adresse: | Beruf: | Krankenkassenzusatz-versicherung: |
| Zivilstand: | Kinder (Jahrgänge): | Telefon:E-Mail: |

**Persönliche Krankengeschichte:**

Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle hatten Sie in Ihrem Leben (mit Jahresangabe)? Welche Ereignisse haben Sie besonders geprägt?  Kinder: Entwicklung als Kleinkind, Schwangerschaft, Geburt, Reaktionen auf Impfungen.

**Krankengeschichte der Familie**

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor (Blutsverwandte wie Eltern, Grosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister, Kinder)? z.B. Hautausschläge, Allergien, Mittelohrentzündungen, Schilddrüsenerkrankungen, Lungenleiden, Asthma, Tuberkulose, HIV, Herzkrankheiten, Blutdruckprobleme, Leber-, Nierenleiden, Gelenk- Rückenleiden, Diabetes, Krebs, Krampfadern, Fehlgeburten, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Epilepsie, psychische Leiden, Suchtprobleme etc.