Name: **Vorname:**
Geb.-Datum:

Persönliche Krankengeschichte:

Wie war Ihre Entwicklung als Kleinkind (erste Zähne, freies Gehen, Sprechen)?

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle hatten Sie bisher in Ihrem Leben (mit Angabe des Jahres)?

Krankheiten wie zum Beispiel:
Ekzeme, Allergien, Mittelohrentzündungen, Schilddrüsenkrankheiten, Lungenleiden, Asthma, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Blutdruckprobleme, Leber-, Nieren-, Rücken- oder Gelenkleiden, Rachitis, Diabetes, Krampfadern, Fehlgeburten, Missbildungen, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Epilepsie, psychische Leiden, Suchtprobleme, usw.

Welche Ereignisse haben Sie besonders geprägt?

Nahmen oder nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Bitte sowohl schulmedizinische Medikamente als auch homöopathische Mittel angeben. Bei homöopathischen Mitteln mindestens das zuletzt eingenommene angeben, denn nicht alle Mittel vertragen sich nach einander.

Krankengeschichte der Familie:

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

Krankheiten wie zum Beispiel:
Ekzeme, Allergien, Mittelohrentzündungen, Schilddrüsenkrankheiten, Lungenleiden, Asthma, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Blutdruckprobleme, Leber-, Nieren-, Rücken- oder Gelenkleiden, Rachitis, Diabetes, Krampfadern, Fehlgeburten, Missbildungen, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Epilepsie, psychische Leiden, Suchtprobleme, usw.