Name: **Vorname:**

Geb.-Datum:

Persönliche Krankengeschichte:

Wie ist/war die Entwicklung Ihres Kindes (erste Zähne, freies Gehen, Sprechen)?

Gibt/gab es Reaktionen auf Impfungen?

Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle hatte Ihr Kind bisher in seinem 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.

Gab es prägende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

Welche Medikamente haben Sie Ihrem Kind schon verabreicht?

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, Eltern, Grosseltern, Onkel, Tanten, Urgrosseltern etc.)?

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.