



Praxis für klassische Homöopathie

Angaben zur Familiengeschichte

Bitte bringen Sie den Fragebogen zusammen mit dem Impfausweis und allfälligen Arzt- oder Operationsberichten mit in die 1. Konsultation.

Personalien

Nachname:	_____	Telefon:	_____
Vorname:	_____	Natel:	_____
Strasse:	_____	E-Mail:	_____
Plz/Ort:	_____	Krankenkasse:	_____
Geburtsdatum:	_____	Hausarzt:	_____

Welche Krankheiten gab es oder gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft?

Krebs, Tuberkulose, Psoriasis (Schuppenflechte), Neurodermitis (Hautausschlag), Kinderkrankheiten, Warzen, Muttermale, Varizen (Krampfadern), Asthma, Hypertonie (Bluthochdruck), Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Rheumatismus, Gicht, Gallen-, Blasen-, Nierensteine, Zysten, Magengeschwüre, Leberkrankheiten, Alkoholismus, Migräne, Epilepsie, Allergien, Heuschnupfen, Geschlechtskrankheiten, Parkinson, Depression, Multiple Sklerose, Selbstmord, Demenz, Erbkrankheiten (Zystische Fibrose usw.) oder andere Krankheiten.

Krankheiten mütterlicherseits

Grossmutter Grossvater

--

--

Krankheiten väterlicherseits

Grossmutter Grossvater

--

--

Mutter

Vater

--

--

Tante/Onkel mütterlicherseits

Tante/Onkel väterlicherseits

--

--

Krankheiten Patient*in

Krankheiten Schwester/Bruder

--

--

Unfälle/Operationen (Jahr und Art)

Medikamente (Name, Art, Dosierung)

--

--

Als Patient*in oder gesetzliche*r Vertreter*in Patient*in habe ich die Datenschutzerklärung auf www.praxis-schindler.ch zur Kenntnis genommen und bin einverstanden die Korrespondenz per E-Mail unverschlüsselt zu führen.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____