



Krankengeschichte von:

Welche Krankheiten/Operationen hatten Sie früher?  
in chronologischer Reihenfolge

Datum	Krankheiten/Operationen	Datum	Krankheiten/Operationen
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Eingenommene und gegenwärtig einzunehmende Medikamente (auch Hausmittel, Homöopathie, Pille)

Frühere Behandlungen und Therapien:

Bringen Sie bitte eine **Kopie des Impfausweises**, den ausgefüllten **Fragebogen** und ein aktuelles **Foto** für das Patientendossier mit.

