

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.