



Name: _____ Therapeut: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____
Adresse: _____
Tel.: _____ Email: _____

Beschreibung des aktuellen Problems:

Meinung des Arztes:

Ihre Meinung (Intuition) : _____

Beschreibung wie das Problem angefangen hat:

Umweltprobleme (vorher oder während):

Vorerkrankungen:

Kinderkrankheiten (einkreisen): Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Lungen-
entzündung, Keuchhusten, Scharlach, andere _____

Impfungen (einkreisen):

MMR, DPT, Polio, TB, Windpocken, andere _____

Operationen (Organe entfernt?):

Gesundheitsprobleme leiblicher Mutter und Vater: _____

Gesundheitsprobleme leiblicher Großeltern: _____

Gesundheitsprobleme leiblicher Geschwister, Tanten, Onkel: _____

Zusätzliche Anmerkungen/Auslandsaufenthalte:
