

Fragebogen

Persönliche Angaben		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Text	Text	Text
Adresse:		
Strasse	Postleitzahl	Ort
Text	Text	Text
Kontakt:		
Telefon, Festnetz	Telefon, Mobil	Email
Text	Text	Text
Zusatzversicherung		
Text		
Familienstand		
Text		
Kinder (Anzahl/Alter/Geschlecht)		
Text		
Aktueller Beruf/Ausbildung/Schulklasse/Kindergarten		
Text		
An uns empfohlen durch:		
Text		

Arzneimittel			
seit wann (Datum)	Name	mg	Dosierung
Text			
Text			
Text			
Text			
Text			
Text			
Text			
Text			
Text			

Krankheiten in der Familie

Mutter	Vater
Text	Text

Grossmutter	Grossvater	Grossmutter	Grossvater
Text	Text	Text	Text

Geschwister

Bitte beschreiben Sie Ihre Erkrankung möglichst genau