

Chronologie der Erkrankungen

Name/ Geburtstag _____

Bitte tragen Sie hier in kurzen Worten und in zeitlicher Abfolge die Krankheiten, Impfungen, Operationen, Unfälle, Hautausschläge usw. ein. Krankheiten über einen längeren Zeitraum markieren Sie bitte über Verbindungslinien.

1. Monat		Dieses Feld bitte frei lassen.
2. Monat		
3. Monat		
4. Monat		
5. Monat		
6. Monat		
7. Monat		
8. Monat		
9. Monat		
10. Monat		
11. Monat		
12. Monat		
13. Monat		
14. Monat		
15. Monat		
16. Monat		
17. Monat		
18. Monat		
19. Monat		
20. Monat		
21. Monat		
22. Monat		
23. Monat		
24. Monat		
3. Jahr		
4. Jahr		
5. Jahr		
6. Jahr		
7. Jahr		
8. Jahr		
9. Jahr		
10. Jahr		

Gab es Komplikationen vor oder während der Schwangerschaft?

(z.B. Infektionen, vorzeitige Wehen, Depressionen, Rhesusfaktorunverträglichkeit, Komplikationen bei der Geburt)