

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.

Dieses Feld bitte frei lassen.

| | |
|----------|--|
| 1. Jahr | |
| 2. Jahr | |
| 3. Jahr | |
| 4. Jahr | |
| 5. Jahr | |
| 6. Jahr | |
| 7. Jahr | |
| 8. Jahr | |
| 9. Jahr | |
| 10. Jahr | |
| 11. Jahr | |
| 12. Jahr | |
| 13. Jahr | |
| 14. Jahr | |
| 15. Jahr | |
| 16. Jahr | |
| 17. Jahr | |
| 18. Jahr | |
| 19. Jahr | |
| 20. Jahr | |
| 21. Jahr | |
| 22. Jahr | |
| 24. Jahr | |
| 25. Jahr | |

Platz für Ihre Anmerkungen:
