

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.

1-4 Jahre	
5-9 Jahre	
10-14 Jahre	
15-19 Jahre	
20-24 Jahre	
25-29 Jahre	
30-34 Jahre	
35-39 Jahre	
40-44 Jahre	
45-49 Jahre	
50-54 Jahre	
55-59 Jahre	
60-64 Jahre	
65-69 Jahre	
70-74 Jahre	
75-79 Jahre	
80-84 Jahre	
85-89 Jahre	

Platz für Ihre Anmerkungen:
