

PERSÖNLICHE „TIME LINE“

Name: _____ Geburtsdatum: _____

**Erkrankungen
in Ihrer Familie**

**Ihre
Geburt**

Geburts-
modus

Komplika-
tionen

**Ihre bisherige
Krankengeschichte**

Symptome, Trigger, Unfälle, Operationen, Medikationen (besonders
Antibiotika), Infektionen, Psycho-emotionale Belastungen

**Ihre aktuellen
Beschwerden**

**Schwangerschaft
Ihrer Mutter**

→ Besonderheiten?

