

## Chronologie der Vorerkrankungen

In diesem Feld bitte keine Eintragungen machen.

Bitte tragen Sie hier (stichwortartig) in der zeitlichen Reihenfolge Krankheiten, Impfungen, Operationen, Unfälle, Hautausschläge usw. ein. Wenn Krankheiten über mehrere Monate andauerten, vermerken Sie dies bitte (z.B. mit einem Pfeil.)

1.-2. Monat \_\_\_\_\_  
3.-4. Monat \_\_\_\_\_  
5.-6. Monat \_\_\_\_\_  
7.-8. Monat \_\_\_\_\_  
9.-10. Monat \_\_\_\_\_  
11.-12. Monat \_\_\_\_\_  
13.-14. Monat \_\_\_\_\_  
15.-16. Monat \_\_\_\_\_  
17.-18. Monat \_\_\_\_\_  
19.-20. Monat \_\_\_\_\_  
21.-22. Monat \_\_\_\_\_  
23.-24. Monat \_\_\_\_\_  
2 Jahre \_\_\_\_\_  
3 Jahre \_\_\_\_\_  
4 Jahre \_\_\_\_\_  
5 Jahre \_\_\_\_\_  
6 Jahre \_\_\_\_\_  
7 Jahre \_\_\_\_\_  
8 Jahre \_\_\_\_\_  
9 Jahre \_\_\_\_\_  
10 Jahre \_\_\_\_\_

Traten vor oder während der Schwangerschaft gesundheitliche Probleme bei Ihnen auf?

(Beispiele wären Infektionen, vorzeitige Wehen, Depressionen, Rhesusfaktorunverträglichkeit, Komplikationen bei der Geburt)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_