

# 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?

