

Name: \_\_\_\_\_

## Krankheiten-Liste

Datum: \_\_\_\_\_

Krankheiten und Belastungen in der Biografie			Zeitraum		Dauer		Lebens-Jahresiehte										M.*
Nr.	Datum	Diagnosen	von	bis	< 1M	> 1M	0-7	7-14	14-21	21-18	28-35	35-42	42-49	49-54	54-63	63-70	ja
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>												
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<									