Tidslinjeformulär

Namn: _____ Datum: _____

Här fyller **du i kronologisk ordning** i de kända hälsobesvär och andra viktiga faktorer som du tror har påverkat din hälsa i någon riktning. Ta även med ev. kända händelser under fosterstadiet.

År, (månad dag):	Vad hände, ev. symtom eller diagnoser: