
Vorname Name

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

Empfang

Friedrichstraße 180 • 10117 Berlin
Telefon: 030 / 886 226 - 0
Telefax: 030 / 886 226 - 309
E-Mail: info@citypraxen.de
www.citypraxen.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Erfahrung hat gezeigt, dass im ersten Arztgespräch oft wichtige Dinge vergessen werden, deshalb dieser Fragebogen. Er hilft Ihnen, sich auf das gleich folgende Arztgespräch vorzubereiten. Dieser Fragebogen wird Teil Ihrer Patientenakte und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, die auch für unsere Mitarbeiter gilt.

Ich habe/hatte bereits folgende Erkrankungen

- Keine der nachfolgenden Erkrankungen
- Herzerkrankungen (z.B. Kranzgefäße, Herzrhythmusstörungen)
- Bluthochdruck
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Gicht)
- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma , Bronchitis)
- Gelenkerkrankungen (z.B. Rheuma, Gicht, Arthrose)
- HIV
- Sonstige: _____

Operationen

- Nein
- Wenn ja, welche: _____

Medikation

- Nein
- Wenn ja, welche: _____

Allergien / Unverträglichkeiten

- Nein
 - Wenn ja, welche: _____
- _____

Größe _____ **Gewicht** _____

Ich bin schwanger

- Nein
- Ja, im _____ Monat

Ich bin auf Ihre Praxis aufmerksam geworden durch

- Empfehlung eines Bekannten
- Internet
- Sonstiges _____

Datum/ Unterschrift