
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,

bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen durch und beantworten Sie diese möglichst sorgfältig, da Ihre Angaben für Diagnose und Behandlung benötigt werden. Sollten sich hieraus Ihrerseits Fragen ergeben, werden wir diese im persönlichen Arztgespräch klären.

Ich habe/hatte bereits folgende Erkrankungen/Behinderungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (z.B. Kranzgefäße)
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)
<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Speiseröhre
<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis, Gallenblasenerkrankung)
<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (z.B. Pankreatitis)
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen (z.B. Nierensteine)
<input type="checkbox"/> Blasen-Harnwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Urologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gicht)
<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen, Gelenkrheuma
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems
<input type="checkbox"/> Seelische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Tumorleiden
<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Sonstige wesentliche Erkrankungen / zurückliegende Operationen/Unfälle |
|---|---|

Mir sind folgende Allergien/Unverträglichkeiten bekannt

- Medikamente _____
- Sonstiges _____

Ich nehme folgende Medikamente

Medikament	Dauer	Dosis

Ich bin schwanger

- nein ja, im _____ Monat

Ich bin auf Ihre Praxis aufmerksam geworden durch

- Empfehlung meines Arztes Internet
- Empfehlung eines Freundes / Bekannten Sonstiges _____

Datum/ Unterschrift

Fortsetzung Seite 2

Neurologie

Meine neurologischen Symptome

Familienstand

- ledig verheiratet getrennt
 geschieden verwitwet
 in Lebensgemeinschaft lebend

Anzahl, Alter und Geschlecht der Kinder

Krankheiten in der Familie? (Blutsverwandte)

- Zuckerkrankheit
 Bluthochdruck
 Nervenkrankheiten
 Anfallsleiden
 Alkoholismus
 Suizid

Weitere Beschwerden

- Appetit? normal wenig viel
 Gewicht? _____ kg konstant Zunahme Abnahme
 Durst? normal wenig viel
 Stuhlgang? normal verstopft Durchfall
 Wasserlassen? normal Harnverhalten Harnstottern unwillkürlich nachts
 Blutverdünnende
 Medikamente? Ja Nein
 Beruhigungsmittel? Ja Nein
 Schlafmittel? Ja Nein
 Schmerzmittel? Ja Nein
 Zigaretten? Keine 10 20 30 40 mehr pro Tag
 Alkohol? nie selten Wochenende täglich
 Drogen? Nein Ja Welche? _____

Der Übersendung eines Berichtes an den Hausarzt/Facharzt stimme ich zu: Ja Nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum/ Unterschrift