

\_\_\_\_\_  
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