



Gemeinschaftspraxis
Louise Weritz und Martin Brinschwitz

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patienten damit wir Sie optimal betreuen können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Krankenversicherung: bei Privat bitte zusätzlich angeben:	<input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> KVB-Tarif <input type="checkbox"/> Postbeamtentarif
Email-Adresse	
Festnetznummer	
Handynummer	
Pflegegrad	
Patientenverfügung	
Beruf	

- **Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein ?** Ja Nein
Falls ja welche? _____
- **Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder ein Organtransplantat?** Ja Nein
- **Haben Sie einen Organspendeausweis?** Ja Nein
- **Leiden Sie unter Allergien, wenn ja unter welchen?** _____ Ja Nein
- **Leiden Sie an Infektionskrankheiten?: z.B. HIV, Hepatitis** Ja Nein

Körpergröße: _____ **Körpergewicht:** _____
(Wenn Sie sich nicht sicher sind, wir wiegen und messen Sie gerne)

Welche Medikamente und/oder Vitaminpräparate nehmen Sie regelmäßig ein?

(Gern können Sie uns einen aktuellen Medikamentenplan abgeben)

Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Haben Sie Interesse an dem zusätzlichen Beratungsangebot unserer Praxis?

- **Diabetesschulung Typ 2** Ja Nein
- **Leberfasten nach Dr. Worm** Ja Nein
- **Bodymed Reduktionskurs** Ja Nein
- **Ernährungsberatung** Ja Nein
- **Gewichtsreduktion** Ja Nein

Sind Sie im Hausarztprogramm (HZV)

Ja Nein weiß ich nicht

möchte ich nicht ich möchte eingeschrieben werden

Bitte nennen Sie uns Ihren Notfallkontakt:

Nachname	
Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	

Anregungen/Kritik:

Metelen, den _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre freundliche Unterstützung!

