



Gemeinschaftspraxis  
Louise Weritz und Martin Brinschwitz

## Anamnesebogen

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"/> Postamtentarif
Email-Adresse	
Festnetznummer	
Handynummer	
Pflegegrad	
Patientenverfügung	
Beruf	

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

**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!**

