



# Hausarzt- und Gesundheitspraxis Dr. med. Vivian-Wilma Lorenz

Berghoferstr. 179, 44269 Dortmund  
Telefon 0231/481 234 Fax 0231/9419 2029  
www.hausarztpraxis-lorenz-dortmund.de

## Anamnesebogen

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Beruf: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** Ja Nein

Wenn ja, wie viel am Tag: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?** Ja Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen oder traten diese in Ihrer Verwandtschaft (1. Grades) auf?**

|                             | Ja | Nein | Verw. (1. G) | Anmerkungen |
|-----------------------------|----|------|--------------|-------------|
| Bluthockdruck               |    |      |              | _____       |
| niedriger Blutdruck         |    |      |              | _____       |
| Lebererkrankungen           |    |      |              | _____       |
| Krebserkrankungen           |    |      |              | _____       |
| Rheuma                      |    |      |              | _____       |
| Thrombose                   |    |      |              | _____       |
| Nierenerkrankungen          |    |      |              | _____       |
| Krampfadern / Krampfanfall  |    |      |              | _____       |
| Osteoporose                 |    |      |              | _____       |
| Depressionen                |    |      |              | _____       |
| Epilepsie                   |    |      |              | _____       |
| Kniearthrose / Hüftarthrose |    |      |              | _____       |
| Schlaganfall                |    |      |              | _____       |
| Diabetes mellitus Typ I     |    |      |              | _____       |
| Diabetes mellitus Typ II    |    |      |              | _____       |
| Schilddrüsenerkrankungen    |    |      |              | _____       |
| Asthma / COPD               |    |      |              | _____       |
| Bandscheibenvorfall         |    |      |              | _____       |
| Gerinnungsstörungen         |    |      |              | _____       |
| Lungenembolie               |    |      |              | _____       |

|   | Ja | Nein | Verw. (I. G) | Anmerkungen |
|---|----|------|--------------|-------------|
| Durchblutungsstörungen                              |    |      |              | _____       |
| Gicht   |    |      |              | _____       |
| Herzerkrankungen                                    |    |      |              | _____       |
| Magenschleimhautentzündungen /<br>Magengeschwüre    |    |      |              | _____       |
| neurologische Erkrankungen<br>(z.B. MS, Parkinsons) |    |      |              | _____       |
| Infektionen<br>(z.B. HIV, Hepatitis, Gürtelrose)    |    |      |              | _____       |
| Sonstiges:  |    |      |              | _____       |

**Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?**      Ja      Nein

Wenn ja, welche Operation + Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**      Ja      Nein

Wenn ja, welche Medikamente + Art + Dosierung: \_\_\_\_\_

**NUR für Frauen**

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?      Ja      Nein      Vielleicht

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** (freiwillige Angabe)

- Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)
- durch Bekannte / Verwandte
- durch das Internet
- durch einen Flyer
- durch einen Berater Ihrer Krankenkasse
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Gibt es noch etwas das wir wissen sollten?**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter