

**Dr. med. Uwe Schubart**  
**Dr. med. Gertraud Lückhoff**  
**Dr. med. Jens Lörsch**  
**Konstantin Ullrich**  
FÄ für Allgemein- und Innere Medizin

84186 Vilsheim  
Mühlenweg 1  
Tel.: 08706 941094  
Fax: 08706 941091  
E-Mail: info@hausarztpraxis-va.de

---

## Anamnesebogen

Wir bitten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allgemeinerkrankungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern):

\_\_\_\_\_

Allergien:

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein

Besondere Belastungen (Familie, Beruf, sozial):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Datum \_\_\_\_\_