



Westhofen/Osthofen  
Hausärztliche und  
internistische Praxis

## Anamnesebogen Neupatienten

MVZ Westhofen  
Osthofener Str. 34  
67593 Westhofen

Zweigstelle Osthofen  
Schwerdstraße 5-7  
67574 Osthofen

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen im MVZ Westhofen und Osthofen.

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns!

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse:	
Beruf:	
Nationalität:	
Telefon:	
Mobiltelefon:	
E-Mail:	

### EIGENE ERKRANKUNGEN

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

	Nein	Ja	Seit wann?	Welche
Augenerkrankungen				
Ohrenerkrankungen				
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)				
Thrombose oder Lungenembolie				
Herzkrankungen/Kreislaufbeschwerden				
Bluthochdruck				
Magen-Darmerkrankungen				
Lebererkrankungen/Gallenerkrankungen				
Nierenerkrankungen/Blasenerkrankungen				
Stoffwechselerkrankung (Diabetes)				
Nervenerkrankungen/Gemüt				
Anfallsleiden (Epilepsie)				
Neurologische Erkrankungen (Schlaganfall/MS)				
Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen				
Hauterkrankungen				
Bewegungsapparat/Wirbelsäule				

Dateiname:  
Erstellt von:

am:

Geprüft von:  
Freigegeben von:

am:  
am:

Schwere Infektionskrankheiten				
Sonstige Erkrankungen				

**REGELMÄßIGE MEDIKAMENTENEINNAHME**

Präparat	Stärke	Morgens	Mittags	Abends

**ALLGEMEINE ANGABEN**

Körpergröße:.....cm

Körpergewicht:..... kg

	Nein	Ja	Wieviel/Seit wann/Welche
Rauchen Sie?			
Konsumieren Sie Alkohol?			
Konsumieren Sie Drogen?			
Haben Sie Allergien?			
Ist Ihr Stuhlgang normal?			
Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?			
Wie viel trinken Sie am Tag?			
Leiden Sie unter Wassereinlagerungen in den Beinen?			
Leiden Sie unter nächtlichem Harndrang?			

	Nein	Ja	Welche
Unfälle			
Operationen			

Dateiname:  
Erstellt von:

am:

Geprüft von:  
Freigegeben von:

am:  
am:

## FAMILIENANAMNESE

Schwere Erkrankungen Ihrer nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)

	Nein	Ja	Welche	Wer
Zuckerkrankheit				
Krebserkrankungen				
Herzerkrankungen				
Tuberkulose				
Psych. Erkrankung				
Gerinnungsstörung				
Neurologische Erkrankungen				
Schlaganfall				
Allergie				
Sonstiges				

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Patientenunterschrift

Dateiname:  
Erstellt von:

am:

Geprüft von:  
Freigegeben von:

am:  
am:

## Im Notfall besuchen wir Sie zu Hause

Liebe Patientinnen und Patienten,

in Notfällen, wenn Sie aus medizinischen Gründen nicht transportfähig sind, machen wir auch Hausbesuche.

Diesen Service bieten wir für die Praxisorte sowie die folgenden, direkt umliegenden Orte an:

Westhofen

Osthofen

Bechtheim

Rheindürkheim

Gundersheim

Gundheim

Dittelsheim Heßloch

Monzernheim

Abenheim

Patienten aus anderen Orten können wir leider aus organisatorischen Gründen nicht zu Hause besuchen. Dies bitten wir schon rechtzeitig bei der Arztwahl zu bedenken.

Bitte notieren Sie hier, dass sie diese Information zur Kenntnis genommen haben

Datum

Unterschrift