



dr. med. sabine wiesner
fachärztin für innere medizin
ernährungsmedizin
gesundheitsförderung & prävention

Anamnesebogen - ausgefüllt am : _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihren Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe (gerne auch zuhause) aus und besprechen ihn – falls erforderlich – mit Ihren Angehörigen. Sollte eine Frage Ihnen unverständlich erscheinen, lassen Sie diese bitte zunächst offen. Wir werden Ihnen dann gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behaltet und an niemanden weitergegeben. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere umseitigen Infos zur EU-DSGVO (EU-Datenschutzgrundverordnung).

Ihr Praxisteam
Dr. med. Sabine Wiesner

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Tagsüber telefonisch erreichbar: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name Krankenkasse: _____

Warum suchen Sie uns auf – welche Erkrankungen - Beschwerden – Symptome – Fragen führen Sie zu uns? Bitte notieren Sie möglichst ALLES, was Sie hierherführt!

Sind in Ihrer Blutsverwandtschaft Bluthochdruck, Herzinfarkt/Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Nierenerkrankungen, Nervenleiden bekannt? Wenn ja, welche?

Hatten Sie Kinderkrankheiten, die bleibende Folgen hinterließen (z. B. Kinderlähmung?)

Wie groß und wie schwer sind Sie?

Hatten Sie Operationen (z. B. Blinddarm-, Mandelentfernung, Verletzungen / Verwundungen, Bypass-Operation)? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Entbindungen, Fehlgeburten, frauenärztliche Operationen? Wenn ja, bitte Art der Operation und Jahreszahl angeben!

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen der Inneren Organe – also z. B. des Herzens, der Leber, der Nieren, der Lunge, der Bauchspeicheldrüse, des Magens oder Darmes, der Gallenblase, Krebserkrankungen?

Bestehen bei Ihnen Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der Nebennieren)? Wenn ja welche?

Leiden Sie unter neurologischen Erkrankungen (z. B. Parkinson, Alzheimer, andere Demenzformen, Anfallsleiden)? Wenn ja, unter welchen?

Besteht bei Ihnen eine psychiatrische Erkrankung (z. B. bipolare Störung, Borderline-Störung)? Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen Augenerkrankungen? Wenn ja welche?

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen im HNO-Bereich? Wenn ja welche?

Bestehen bei Ihnen Allergien? Wenn ja, wogegen?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland? Wenn ja wie lange und wo?

Haben Sie Haustiere oder sonstige Tierkontakte? Wenn ja welche?

Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke? Wenn ja was und wie viel?

Rauchen Sie? Wenn ja: was? wie viel? seit wann?

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, wie oft, seit wann und welche?

Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel? Wenn ja, welche und wie oft pro Woche?

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel? Wenn ja, wie welche und wie oft pro Woche?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit in welcher Dosis und wie oft? **Bitte nennen Sie ALLE Tabletten, die Sie einnehmen, incl. Vitamine, pflanzliche/homöopathische/sonstige alternativmedizinische Präparate!**

Von welchen Ärzten werden Sie noch betreut (Kardiologe, Diabetologe, Nephrologe, Urologe, Frauenarzt, Augenarzt) oder von welchen Heilpraktikern sonst. Therapeuten?
