



Dr. med. Kathrin Springer-Gotschlich
Weinbergblick 12 | 71642 Ludwigsburg
Tel.: +49 151 20533725
E-Mail: info@dr-kathrin-springer-gotschlich.de

Anamnesefragebogen

| | |
|---------------------|--|
| Vor- und Nachname | |
| Geburtsdatum | |
| Straße + Hausnummer | |
| PLZ + Ort | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail | |
| Beruf | |

Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu mir?

| |
|--|
| |
| |

Gibt es eine Ursache für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Impfungen, Medikamente, Unfälle, Trauer usw.?

| |
|--|
| |
| |

Welche Vorerkrankungen/ Chronische Erkrankungen sind Ihnen bekannt?

| |
|--|
| |
| |

Krankenhausaufenthalte in den letzten 5 Jahren?

| |
|--|
| |
| |



Dr. med. Kathrin Springer-Gotschlich
Weinbergblick 12 | 71642 Ludwigsburg
Tel.: +49 151 20533725
E-Mail: info@dr-kathrin-springer-gotschlich.de

Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten?

| |
|--|
| |
|--|

Operationen?

| |
|--|
| |
| |

Unfälle und Verletzungen?

| |
|--|
| |
| |

Haben Sie Allergien?

| |
|--|
| |
|--|

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

| |
|--|
| |
| |

Verdauungsbeschwerden? Wenn ja, welcher Art?

| |
|--|
| |
| |

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja welche?

| |
|--|
| |
| |



Letzte Vorsorgeuntersuchung?

Letzte Magen-Darmspiegelung?

Haben Sie Hauterkrankungen?

Haben Sie Piercing oder Retainer im Mund?

Häufigkeit der Zahnarztprophylaxe, wann war der letzte Termin?

Haben Sie Zahnfüllungen, wenn ja welche?

Tragen Sie Implantate? (Knie, Hüfte, Herz, Zähne)

Ich danke Ihnen für Ihre Bemühungen. Bei Fragen helfe ich Ihnen gerne weiter.

Ort, Datum

Unterschrift