



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

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

Beruf + Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

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

**DR. PATRICIA LOWIN**

FACHZAHNÄRZTIN FÜR ORALCHIRURGIE  
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE  
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT PARODONTOLOGIE

Bei Ihnen soll ein chirurgischer Eingriff durchgeführt werden. Dafür ist es wichtig, dass Sie uns **vollständige** Angaben über **Allgemeinerkrankungen** und **Medikamente** angeben!

**Anamnesebogen WICHTIG** bitte deutlich schreiben!

**Herzerkrankung:**

- Infarkt (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_
- Klappenersatz
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- hoher Blutdruck

**Diabetes mellitus:**

- letzter Hb A1-Wert \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:**

- Hepatitis (Gelbsucht)
- Aids, HIV
- Sonstige (Thyphus, TBC...)

**Nierenerkrankung:** \_\_\_\_\_

**Magen-Darm-Erkrankung:** \_\_\_\_\_

**Anfallsleiden (Epilepsie)**

**Asthma bronchiale**

**Leiden oder litten Sie an einem Tumor/Krebs?**

- Wenn ja sind Sie im Kopfbereich bestrahlt worden?  
Wann: \_\_\_\_\_

**Kopfschmerzen/Ohrenschmerzen**

**Orthopädische Erkrankung bekannt?**

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

**Schwangerschaft:**

- Nein  Ja

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

- Schlaganfall / Wann: \_\_\_\_\_
- Schlafapnoe/Maske
- Osteoporose
- Schilddrüsenerkrankung
- Gerinnungsstörung
- Drogenabhängig
- Alkoholabhängig
- Raucher / ca. am Tag
- Sonstiges:

**Allergien:**

- Nein  Ja

Welche: \_\_\_\_\_

**Datum + Unterschrift**

Patient: \_\_\_\_\_