



DR. PATRICIA LOWIN

FACHZAHNÄRZTIN FÜR ORALCHIRURGIE
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT PARODONTOLOGIE

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anmeldung für Privatpatienten

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger / Hauptversicherter:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Tel. Dienstlich: _____

Tel. Privat: _____

Anschrift: _____

E-Mail Adresse: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenversicherung: _____

Hausarzt / überweisender Arzt: _____

Datum, Unterschrift

Anamnesebogen **WICHTIG** bitte deutlich schreiben!



DR. PATRICIA LOWIN

FACHZAHNÄRZTIN FÜR ORALCHIRURGIE
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT PARODONTOLOGIE

Name; Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf + Arbeitgeber: _____

Telefon / Handynummer: _____

E-Mail: _____

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

Herzerkrankung:

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

Diabetes mellitus:

- letzter Hb A1-Wert _____

Infektionskrankheiten:

- Hepatitis (Gelbsucht)
- Aids, HIV
- Sonstige (Typhus, 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: _____