



Name; Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf + Arbeitgeber: _____
Telefon / Handynummer: _____
E-Mail Adresse: _____

DR. PATRICIA LOWIN

FACHZAHNÄRZTIN FÜR ORALCHIRURGIE
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE
PARODONTOLOGIE UND GUTACHTERWESEN

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: _____