



DR. PATRICIA LOWIN

FACHZAHNÄRZTIN FÜR ORALCHIRURGIE
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE
PARODONTOLOGIE UND GUTACHTERWESEN

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



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: _____