



| | |
|---------------------------|--------------|
| Patient (Name / Vorname): | Geburtsdatum |
|---------------------------|--------------|

| |
|---|
| Anschrift des Patienten (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) |
|---|

| | |
|---|--------------|
| Name und Vorname des Versicherten (Ehepartner/Vater/Mutter) | Geburtsdatum |
|---|--------------|

| | |
|------------------------|-------------|
| Beruf des Versicherten | Arbeitgeber |
|------------------------|-------------|

| | | | |
|------------------------------------|----------------|-------------|-----------|
| Telefon Privat | Telefon Arbeit | Handynummer | Faxnummer |
| Krankenkasse / Krankenversicherung | | | |

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| gesetzlich versichert | freiwillig versichert | privat versichert | beihilfeberechtigt | zusatzversichert |
|-----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|------------------|

| | |
|---|------------------|
| Unser Institut wurde Ihnen empfohlen von? | Sonstige Gründe? |
|---|------------------|

| |
|---|
| Liegt eine Überweisung vor? Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes: |
|---|

| |
|---|
| Grund Ihres Kommens(auch mehrfache Nennungen): |
| <input type="radio"/> Seit kurzem fehlt mir ein Zahn oder mehrere Zähne. |
| <input type="radio"/> Einer oder mehrere Zähne sind locker. |
| <input type="radio"/> Ich habe zerstörte Zähne/ Zahnschmerzen. |
| <input type="radio"/> Ich habe eine Vollprothese und möchte wieder feste Zähne. Wenn ja, seit wann ca. zahnlos? _____ |
| <input type="radio"/> Ich habe eine Teilprothese und möchte wieder feste Zähne. Wenn ja, seit wann ca. zahnlos? _____ |
| <input type="radio"/> Mein Zahnarzt plant Zahnersatz, aber die Möglichkeiten durch Zahnimplantate interessieren mich. |
| <input type="radio"/> Ich habe schon Zahnimplantate. Seit wann ca. _____ |
| <input type="radio"/> Sonstige Gründe: _____ |
| _____ |

Um Komplikationen bei der implantologischen Behandlungen vorzubeugen, benötigen wir auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

| | Ja | Nein | Wenn ja, ? |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|
| Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Name, Telefonnummer des behandelnden Arztes:

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Sind Sie allergisch auf bestimmte Stoffe oder Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente gegen Knochenerkrankungen (Osteoporose, Tumoren) eingenommen? Sogenannte Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| Herz-, Blut-, Kreislauf-, Gefäßerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Nieren-, Leber-, Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Nerven-, Stoffwechselerkrankung (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Knochen-, Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Virusinfektionen (HIV, Hepatitis o.ä.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|

Sonstige Erkrankungen: _____

| | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück/Tag _____ |
|--------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|

Besondere Umstände die zahnärztliche Behandlung betreffend z.B.:
Angstzustände, Würgereiz, Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen _____

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder Ihrer Zähne angefertigt? Wenn ja, wäre es hilfreich wenn Sie diese besorgen könnten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Sollen wir diese Bilder von Ihrem ehemaligen Zahnarzt anfordern? Wenn ja, Name und Adresse des Zahnarztes: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Hatten Sie in den letzten 10 Jahren eine Vollnarkose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|

Welche Art der Betäubung würden Sie bei einem chirurgischen Eingriff im Mund bevorzugen?

örtliche Betäubung (Spritze) möglichst Vollnarkose

Ich willige ein, dass unter Umständen Fotos von meinen Zähnen oder bestimmten Behandlungssituationen gemacht werden. Die Bilder werden nur praxisintern oder zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Datum:

Unterschrift: