



ÄRZTLICHER ERHEBUNGSBOGEN

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bei Herrn/Frau geb. am

soll ambulant ein kieferchirurgischer Eingriff vorgenommen werden. Dieser besteht aus der Insertion von bioinerten Titan-Implantaten in den Kieferknochen.

Ich möchte Sie um Untersuchung der Patientin/des Patienten bitten und um Beantwortung folgender Fragen:

	Ja	Nein
Wurden der Patientin/ dem Patienten Corticoide verabreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden der Patientin/ dem Patienten Zytostatika verabreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt die Patientin/ der Patient Marcumar/ASS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Medikamente?:		
Neurologische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenerkrankungen (M. Paget, Osteoporose, M. v. Recklinghausen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Knochenbrüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Stoffwechselerkrankungen?:		
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
Penicillin (Antibiotika)-Verträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procain-Verträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallallergie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbild: Abweichungen vom Normwert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitisbild/HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen ärztliche Einwände gegen eine Implantation bei diesem Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?:		
.....		

Ort u. Datum: Unterschrift u. Stempel des Arztes

Entscheidung und Verantwortung für den implantologischen Eingriff obliegen der behandelnden Zahnärztin/dem Oralchirurgen.

Ich bitte Sie, mir diesen Untersuchungsbogen unterschrieben baldmöglichst zurückzusenden oder Ihrem Patienten ausgefüllt mitzugeben.

Mit bestem kollegialen Dank

München, den

Dr. S.M. Hillenbrand