

## ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG FÜR EINE ZAHNÄRZTLICHE IMPLANTATION

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Bei Frau / Herrn .....soll ambulant ein kieferchirurgischer Eingriff vorgenommen werden. Dieser besteht aus der Platzierung eines bionierten Implantates in den Kieferknochen. Ich möchte Sie um Untersuchung des Patienten bitten, folgende Befunde zu erheben und Krankheiten auszuschließen.

	JA	NEIN
Viele Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyclostatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenerkrankungen (z.B.Paget. Osteoporose Recklinghausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		
Herzrythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abweichungen vom Normwert beim Blutbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differentialblutbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BSG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitisuchbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen ärztliche Einwände gegen eine Implantation bei diesem Patienten, falls ja bitte begründen?

NEIN       JA; Begründung:

.....  
Ort, Datum/Unterschrift des Arztes

Entscheidung und Verantwortung für den implantologischen Eingriff obliegen dem behandelnden Zahnarzt.

Darf ich Sie bitten, mir den Untersuchungsbogen unterschrieben baldmöglichst zurückzusenden.

Herzlichen Dank!