

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir von Implantologie im Campus möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 293 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliche Daten

|                                  |                            |   |                      |
|----------------------------------|----------------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/>             | <input type="text"/>       | <input type="text"/>                      | <input type="text"/> |
| Name                             | Vorname                    | Geburtsdatum                              | Geburtsort           |
| <input type="text"/>             |                            | <input type="text"/>                      |                      |
| Straße, Hausnummer               |                            | PLZ, Ort                                  |                      |
| <input type="text"/>             | <input type="text"/>       | <input type="text"/>                      |                      |
| Telefon Festnetz                 | Telefon mobil              | E-Mail                                    |                      |
| <input type="text"/>             | <input type="text"/>       | <input type="text"/>                      |                      |
| Arbeitgeber (freiwillige Angabe) | Beruf (freiwillige Angabe) | Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe) |                      |

## Versicherung

Krankenkasse

gesetzlich versichert     privat versichert     zusatzversichert     beihilfeversichert

Bitte ergänzen, sofern Patientin/Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name                 | Vorname              | Geburtsdatum         | Geburtsort           |

## Zahnärztin/Zahnarzt

Name

## Hausärztin/Hausarzt

Name

## Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Überweisung durch .....     Google     Werbung

Empfehlung     Jameda     Sonstiges .....

## Grund Ihres Besuchs?

Schmerzbehandlung     Oralchirurgie     Beratung/zweite Meinung

Implantologie     (Implantat-)Prophylaxe     Sonstiges .....

## Was ist Ihnen besonders wichtig?

.....

.....

## Allgemeine Gesundheitsfragen

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- Blutdruck (hoch/niedrig)  ja  nein  
Herzinfarkt  ja  nein  
Herzklappenersatz/-erkrankung/-fehler  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis (Herzmuskelentzündung)  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein

### Infektiöse Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)  ja  nein  
Andere Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein

### Weitere Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Tumorerkrankung/Krebs  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Rheuma/Arthritis  ja  nein  
Kopf-/Gesichtsschmerzen  ja  nein  
Drogenabhängigkeit  ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankung/-funktionsstörung  ja  nein  
Lebererkrankung/-funktionsstörung  ja  nein  
Schilddrüsenenerkrankung  ja  nein  
Augenerkrankung (z. B. Glaukom)  ja  nein  
Sonstige Erkrankungen  ja  nein

## Sonstiges?

Bitte teilen Sie uns umgehend jegliche Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikamenteneinnahme mit.

Ich bestätige, dass von mir angefertigte Fotos/Videos zur Dokumentation und für wissenschaftliche Veröffentlichungen/Vorträge ohne Angabe meines Namens benutzt werden dürfen. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine betreuende Zahnarztpraxis per Fax, Brief oder E-Mail über meine Befund- und Behandlungsdaten entsprechend informiert wird.

Wir danken für Ihr Vertrauen. Ihr Praxisteam Implantologie im Campus

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Latex  ja  nein  
Metalle  ja  nein  
Andere .....  ja  nein

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig/zurzeit ein?

- Bisphosphonate? (z. B. Alendron/Fosamax)  ja  nein  
Blutverdünnende Mittel? (z. B. Marcumar/  
Plavix/Eliquis)  ja  nein  
Weitere Medikamente  ja  nein

- .....  
Chemo-/Strahlentherapie?  ja  nein

### Allgemeine Angaben

Wann hatten Sie die letzte professionelle Zahnreinigung? .....

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? .....

Hatten Sie schon einmal eine Unfallverletzung im Gesichtsbereich?  ja  nein

Sind Sie stammzellen-/organtransplantiert?  ja  nein

Haben Sie künstliche Gelenke?  ja  nein

### Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, welcher Monat? .....

Stillen Sie?  ja  nein