

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 § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon mobil	Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)	
			☐ ja ☐ nein
E-Mail	Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Rechnungsversand per Mail

Versicherung

Krankenkasse				
☐ gesetzlich versichert	☐ privat versichert	☐ Basistarif	☐ Zusatzversichert	☐ beihilfeversichert

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

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
 Wenn ja, wann?

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
 Schilddrüsenkrankung ☐ ja ☐ nein
 Augenerkrankung (z. B. Glaukom) ☐ ja ☐ nein
 Sonstige Erkrankungen ☐ ja ☐ nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ☐ ja ☐ nein
 Antibiotika ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche?
 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

Haben Sie künstliche Gelenke? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, seit wann?
 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
 Wann hatten Sie die letzte professionelle Zahnreinigung?

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welcher Monat?
 Stillen Sie? ☐ 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