



IMPLANTAT COMPETENCE CENTRUM

Wir begrüßen Sie herzlich in der Gemeinschaftspraxis für Implantologie, Parodontologie und Ästhetik Dr. Cacaci & Dr. Randelzhofer!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb) sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient/in

Herr/Frau/Kind

Name

Vorname

geb./Geburtsort

Mitglied

Name

Vorname

geb./Geburtsort

Anschrift

Straße

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Tel. tagsüber / dienstlich

Tel. privat

Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

oder Versicherung

privat

Beihilfe

private Zusatzversicherung

privater Standardtarif

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

private Empfehlung

durch wen?

Focus Implantologenliste

überweisender Zahnarzt

Praxis Dr.:

Internet

Bitte beachten Sie!

Implantatberatungen:

Die Implantatberatung bei Kassenpatienten stellt eine rein privatärztliche Leistung dar. Diese wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Über diese Beratungsleistung erhalten Sie eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), in der Regel liegt diese bei 90 - 160 Euro (je nach Aufwand). Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie hierüber aufgeklärt wurden.

Fotodokumentation:

Die meisten Behandlungen werden von uns aus Qualitätssicherungsgründen fotografisch dokumentiert. Mit ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie mit der Verwendung der Bilder für fachliche Zwecke einverstanden sind.

Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Zudem erhalten Sie von uns (mind. 1 Tag) vor Ihrem Termin eine Bestätigungs-SMS, -E-Mail oder einen Anruf.



IMPLANTAT COMPETENCE CENTRUM

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung? nein ja

Wenn ja, weswegen?

Hausarzt / Zahnarzt: Name, Adresse oder Telefonnummer:

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sehr wichtig!!!

Rauchen Sie? nein ja

Wenn ja, ca. wieviele Zigaretten / Tag?

Nehmen oder nahmen Sie je **Biphosphonate** (z.B. Didronel, Bonafos, Aredia, Fosamax, Bondranat, Acetonel, Skelid, Bonviva, Ostac, Zometa oder andere) **ein** (z.B. nach Tumorerkrankung, Osteoporosetherapie)?

nein ja weiß nicht per Infusion/Spritze

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? nein ja welches:

Haben Sie künstliche Gelenke? nein ja welches:

Allergien: Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? nein ja

Herzasthma, Angina pectoris? nein ja

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? nein ja

Hatten Sie je einen **Herzinfarkt**? Wenn ja, wann? nein ja

Sonstiges:

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? nein ja

Zu niedriger Blutdruck? nein ja

Stoffwechsel- Erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? nein ja

Magen-Darmerkrankungen? nein ja

Schilddrüsenerkrankungen? nein ja

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? nein ja

Krämpfe? nein ja



IMPLANTAT COMPETENCE CENTRUM

Bluterkrankungen: Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)? nein ja

Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)? nein ja
Tuberkulose? nein ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.? nein ja
Sind Sie HIV positiv? nein ja

Sonstiges: Schlaganfall? nein ja
grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)? nein ja
Schwangerschaft nein ja
Wenn ja, in welcher Woche?

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? nein ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? nein ja

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

Wenn ja, Praxis Dr.:

Anschrift:

Welche Wünsche/ Beschwerden führen Sie zu uns?

.....

Welche Erwartungen haben Sie an uns?

.....

Ort

Datum

Unterschrift Patient

