



## ANAMNESEBOGEN IMPLANTOLOGIE

Mölln, den \_\_\_\_\_

Sehr geehrter Herr Dr., sehr geehrte Frau Dr. \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_, soll ambulant/stationär ein kieferchirurgischer Eingriff vorgenommen werden: die Plazierung von Titan-Implantat(en) in den Kieferknochen. Deshalb möchte ich Sie um die Voruntersuchung des Patienten bitten, um eventuelle Risiken ausschließen oder einschätzen zu können. Hierzu bitte ich Sie freundlich um Beantwortung folgender Fragen und ggf. um anschließende Stellungnahme:

	Ja	Nein
• Viele Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dauermedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikoagulantien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Ist ggf. Absetzen von ASS möglich?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticosteroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zytostatika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gerinnungsstörung/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Knochenerkrankungen (M. Paget, Knochenbrüche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Neurologische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bitte näher angeben: _____		
• Arrhythmien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes mellitus (HBA1C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sonstige Stoffwechselerkrankungen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
• Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beeinträchtigter Immunstatus; HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen aus allgemeinmedizinischer Sicht Bedenken gegen einen implantologischen Eingriff? <small>bitte ggf. näher erläutern</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ihre Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie erhobene Laborbefunde (kleines Blutbild, Blutgerinnung, BZ) in Kopie bei.  
Die Entscheidung, ob der geplante implantologische Eingriff durchgeführt werden kann, ist erst nach Eingang Ihrer Antwort möglich.

Zu Ihrer Kenntnis: Bei dem Eingriff und den auch bei Ihnen erforderlichen Voruntersuchungen handelt es sich um keine Kassenleistungen!  
Gern geben wir Ihnen weitere Informationen zu implantologischen Eingriffen.  
Herzlichen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Dr. F-E. Preusse