

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Implantologie!

Wir freuen uns, Sie bald in Sachen Zahnimplantate umfassend beraten und nach neuesten medizinischen Erkenntnissen behandeln zu können.

Damit wir den Zeitbedarf für Ihren ersten Untersuchungs- und Beratungstermin richtig beurteilen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch andere Auskünfte.

Sie können nun in aller Ruhe – zu Hause – die ersten wichtigen Fragen beantworten.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen schnell zurück!

Nachdem wir Ihren Fragebogen ausgewertet haben, werden wir schnellstmöglich mit Ihnen einen ersten Termin vereinbaren. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Lesen Sie bitte unsere **implant-smile** Informationsbroschüre!

Viele spezielle Fragen können nur in einem persönlichen Gespräch nach einer Erstuntersuchung beantwortet werden. Die häufigsten Fragen sind jedoch allgemeiner Natur. Unsere jahrelange Erfahrung zeigt, dass unseren Patienten im Vorfeld sehr geholfen ist, wenn sie diese allgemeinen Fragen in schriftlicher Form ausgehändigt bekommen.

Wir führen eine organisierte Bestellpraxis!

Das bedeutet, dass für Sie normalerweise kaum Wartezeiten entstehen. Das bedeutet aber auch, dass Sie – wenn Sie den exklusiv für Sie reservierten Termin nicht einhalten können – mindestens 24 Stunden vorher absagen müssen.

Für nicht rechtzeitig abgesagte, bzw. für nicht entschuldigte und nicht wahrgenommene Termine, können wir eine Ausfallgebühr in Höhe der entstandenen Praxiskosten in Rechnung stellen.

Privatversicherung, Beamtenbeihilfe, Krankenkasse!

Wir setzen uns für eine optimale Behandlung aller unserer Patienten ein.

Feste Zähne auf Implantaten werden von allen Kostenträgern im deutschen Gesundheitssystem teilweise bezuschusst.

Wir freuen uns auf Sie

Ihr **implant-smile** Team

Patient (Name / Vorname):	Geburtsdatum
---------------------------	--------------

Anschrift des Patienten (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Name und Vorname des Versicherten (Ehepartner/Vater/Mutter)	Geburtsdatum
---	--------------

Beruf des Versicherten	Arbeitgeber
------------------------	-------------

Telefon Privat Faxnummer	Telefon Arbeit	Handynummer
Krankenkasse / Krankenversicherung		

gesetzlich versichert	freiwillig versichert	privat versichert	beihilfeberechtigt	zusatzversichert
-----------------------	-----------------------	-------------------	--------------------	------------------

Unser Institut wurde Ihnen empfohlen von?	Sonstige Gründe?
---	------------------

Liegt eine Überweisung vor? Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes:

<input type="radio"/> Termin möglichst bei Dr. A. Röhrle	<input type="radio"/> Termin möglichst bei Dr. J. Behle
--	---

Grund Ihres Kommens (auch mehrfache Nennungen):

- Seit kurzem fehlt mir ein Zahn oder mehrere Zähne.
- Einer oder mehrere Zähne sind locker.
- Ich habe zerstörte Zähne / Zahnschmerzen.
- Ich habe eine Vollprothese und möchte wieder feste Zähne. Wenn ja, seit wann ca. zahnlos? _____
- Ich habe eine Teilprothese und möchte wieder feste Zähne. Wenn ja, seit wann ca. zahnlos? _____
- Mein Zahnarzt plant Zahnersatz, aber die Möglichkeiten durch Zahnimplantate interessieren mich.
- Ich habe schon Zahnimplantate. Seit wann ca. _____
- Sonstige Gründe: _____

Um Komplikationen bei der implantologischen Behandlungen vorzubeugen, benötigen wir auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

	Ja	Nein	Wenn ja, ?
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Name, Telefonnummer des behandelnden Arztes: _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

Sind Sie allergisch auf bestimmte Stoffe oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente gegen Knochenerkrankungen (Osteoporose, Tumoren) eingenommen? Sogenannte Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herz-, Blut-, Kreislauf-, Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
---	--------------------------	--------------------------	-------

Nieren-, Leber-, Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

Nerven-, Stoffwechselerkrankung (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Knochen-, Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
----------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

Virusinfektionen (HIV, Hepatitis o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Sonstige Erkrankungen: _____

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stück/Tag _____
--------------	--------------------------	--------------------------	-----------------

Besondere Umstände die zahnärztliche Behandlung betreffend z.B.:
Angstzustände, Würgereiz, Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen _____

Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder Ihrer Zähne angefertigt? Wenn ja, wäre es hilfreich wenn Sie diese besorgen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Sollen wir diese Bilder von Ihrem ehemaligen Zahnarzt anfordern? Wenn ja, Name und Adresse des Zahnarztes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
---	--------------------------	--------------------------	-------

Hatten Sie in den letzten 10 Jahren eine Vollnarkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Welche Art der Betäubung würden Sie bei einem chirurgischen Eingriff im Mund bevorzugen?

örtliche Betäubung (Spritze) möglichst Vollnarkose

Ich willige ein, dass unter Umständen Fotos von meinen Zähnen oder bestimmten Behandlungssituationen gemacht werden. Die Bilder werden nur praxisintern oder zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Datum: _____	Unterschrift: _____
---------------------	----------------------------