



Praxis für Oralchirurgie und Implantologie

Dr. Phillip Kalkreuter M.Sc.

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Damit wir Sie optimal behandeln können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und Gesundheit. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß und informieren Sie uns umgehend über jede Änderung Ihres Gesundheitszustands oder Ihrer Medikamenteneinnahme. Alle Angaben werden gemäß § 293 StGB selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

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

Versicherung

Krankenkasse
☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Basistarif ☐ zusatzversichert ☐ beihilfeversichert
☐ Ich übernehme die Kosten der Behandlung selbst

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

Planung eines Eingriffes?

☐ in örtlicher Betäubung	☐ in Dämmerschlaf	☐ in Vollnarkose
---	--	---

Wie ängstlich schätzen Sie sich ein?

(1 = keine Angst, 10 = sehr große Angst)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------





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) / Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob- Krankheit (vCJK)	☐ 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
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Augenerkrankung (z. B. Glaukom)	☐ ja	☐ nein
Sonstige Erkrankungen	☐ ja	☐ nein

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 derzeit ein?

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

Allgemeine Angaben

Wann hatten Sie die letzte professionelle Zahnreinigung? (Monat/Jahr)

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Haben Sie geraucht? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann nicht mehr? (Monat/Jahr)

Hatten Sie schon einmal eine Unfall-
verletzung im Gesichtsbereich? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie stammzellen-/organtransplantiert? ☐ ja ☐ nein

Chemo-/Strahlentherapie? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie künstliche Gelenke? ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Monat?

Stillen Sie aktuell? ☐ ja ☐ nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich folgende Hinweise gelesen und verstanden habe:

Für privat versicherte Patienten gilt: Wird bei einem Eingriff Gewebe entnommen und zur Untersuchung an ein pathologisches Institut gesendet, erhalten Sie von diesem Labor eine separate Rechnung – unabhängig von unserer Abrechnung.

Die Erstellung eines Kostenvoranschlags für die implantologische Beratung und Planung, einschließlich radiologischer Diagnostik, ist kostenpflichtig und erfolgt gemäß GOZ/GOÄ. Rechnungen werden nicht jahresübergreifend erstellt.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen und vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens zwei Tage vorher abzusagen.

Nicht rechtzeitig abgesagte oder versäumte Termine werden in Rechnung gestellt.

Ich bestätige, dass von mir angefertigte Fotos oder Videos zur Dokumentation sowie für wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge ohne Namensnennung genutzt werden dürfen. Außerdem willige ich ein, dass meine überweisende Zahnarztpraxis per Fax, Brief oder E-Mail über meine Befunde und Behandlungen informiert wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

