



Zahnärzte
Dr. Warnick

Gemeinschaftspraxis

Dr. Bernhard Warnick & ZA Andreas Warnick & ZÄ Birgit Fischer

An den Sandwellen 7
93326 Abensberg

neu → Tel.: 09443 – 925 77 22

Email: kontakt@zahnarzt-warnick.com
geöffnet: Mo.-Fr. 7-20 Uhr, Sa. 8-13 Uhr

Bankverbindung: Sarkasse Abensberg

neu → Kto.: 11186954
BLZ: 75051565

Ärztliche Untersuchung für eine zahnärztliche Implantation

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bei Frau / Herrn _____

soll ambulant ein kieferchirurgischer Eingriff vorgenommen werden. Dieser besteht aus der Insertion eines Implantates (Titan) in den Kieferknochen.

Ich bitte Sie darum, den Patienten zu untersuchen, folgende Befunde zu erheben und Krankheiten auszuschließen:

Medikamenteneinnahme: ja nein

- Korticoide
- Zytostatika
- Marcumar
- ASS
- Bisphosphonate
- Sonstige

Neurologische Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche: _____

Knochenerkrankungen ja nein

- Häufige Knochenbrüche
- Paget
- Osteoporose
- Sonstige

Herz-Kreislaufferkrankungen ja nein

Wenn ja, welche: _____

Herz-Rhythmusstörungen ja nein

Rheuma ja nein

Diabetes (Typ) I II ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Sonstige ja nein

Stoffwechselstörungen

Allergien: ja nein

Antibiotika _____

Procain / Articain _____

Metallallergie _____

Infektionserkrankungen ja nein

Wenn ja, welche: _____

Abweichung vom Normwert ja nein

beim Blutbild:

BSG _____

Hepatitisuchbild _____

Bestrahlung im Kieferbereich ja nein

Bestehen von ja nein

allgemeinärztlichen Einwänden

gegen eine Implantation

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel des Arztes

Entscheidung und Verantwortung für den implantologischen Eingriff obliegen dem behandelnden Zahnarzt.

Ich bitte Sie, mir den unterschriebenen Untersuchungsbogen baldmöglichst zurückzusenden!

Besten Dank und mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Abensberg, den _____

Unterschrift des Zahnarztes