

ECDI Zentrum: _____
Patientnummer: _____



Liebe Patientin, lieber Patient

um die bei Ihnen geplante Implantatbehandlung noch sicherer zu machen, bitten wir Sie, uns einige zusätzliche Fragen zu beantworten:

	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Tagen zusätzlich noch andere Medikamente eingenommen? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Knochenkrebs oder Tumormetastasen bei Ihnen medikamentös behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Medikamente gegen Knochenschwund oder Osteoporose bekommen? Wenn ja: <input type="checkbox"/> als Tabletten <input type="checkbox"/> als Infusion <input type="checkbox"/> wie lange? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie <input type="checkbox"/> Hormonpräparate/ 'Pille' oder <input type="checkbox"/> Vitaminpräparate ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“)? Wenn ja: <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> ich spritze Insulin <input type="checkbox"/> ich nehme Tabletten Ihr letzter HbA1c-Wert? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals regelmäßig Zigaretten geraucht? <input type="checkbox"/> bis 5 Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> 5-15 Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> über 15 Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Wenn ja, wann? <input type="checkbox"/> im letzten Jahr <input type="checkbox"/> vor 1-5 Jahren <input type="checkbox"/> vor über 5 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Herz-Kreislaufkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer chronisch entzündlichen Erkrankung? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Metallallergie (z. B. Nickel) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie zur Zeit unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte bei Ihnen eine Parodontitisbehandlung? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon Implantate im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits ein Implantat entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen oder pressen Sie Ihre Zähne häufig zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilen Sie Ihre derzeitige Fitness, Leistungsfähigkeit auf einer Skala von 1- 6 _____ (entsprechend Schulnoten)		
Ihre Körpergröße in cm _____, Ihr Körpergewicht in kg _____		

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!