

## Erhebungsbogen für die internistische Untersuchung

Datum.....

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bei Frau / Herrn..... soll ambulant ein kieferchirurgischer Eingriff vorgenommen werden. Dieser besteht aus der Platzierung eines bioinerten Implantates in den Kieferknochen.

Ich möchte Sie um Untersuchung des Patienten bitten, folgende Befunde zu erheben und Krankheiten auszuschließen.

	Ja	Nein
Viele Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticoide:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cytostatica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:.....		
.....		
neurologische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Knochenbrüche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Kreislaufbeschwerden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche.....		
.....		
Herzrhythmusstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Stoffwechselerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:		
Penicillin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procain:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallallergie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:.....		
.....		
Abweichungen vom Normwert beim Blutbild:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differentialblutbild:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BSG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitissuchbild:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen ärztliche Einwände gegen eine Implantation bei diesem Patienten ?

.....

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes,  
Praxisstempel.....