



**Dr. Dirk Stolley** | Zahnarzt  
 Berliner Allee 56  
 40212 Düsseldorf  
 Tel. 0211 - 382254  
 Fax. 0211 - 3859914  
[praxis@dr-stolley.de](mailto:praxis@dr-stolley.de)

**ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG  
 VOR ZAHNÄRZTLICHER IMPLANTATION**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Sehr geehrte 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 bitten, den Patienten zu untersuchen, folgende Befunde zu erheben und  
 Krankheiten auszuschließen:

	ja	nein
• Viele Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medikamente, regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Corticoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zytostatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Macumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sonstige: _____		
• Knochenerkrankungen (Paget, Osteoporose, Recklinghausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• häufige Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herz- und Kreislauferkrankungen	<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"/>
• Sonst. Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____		
• Allergien (Anästhetika, Medikamente, o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____		
• Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____		
• Abweichungen von Normwerten 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes

Entscheidung und Verantwortung für den Eingriff obliegen dem behandelnden Zahnarzt.  
 Ich bitte Sie, den Untersuchungsbogen baldmöglichst unterschrieben zurückzusenden.

Herzlichen Dank!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Dirk Stolley