



Dr. med. dent. Thomas Käppler M.Sc. M.Sc.  
Lutherstraße15, 01900 Großröhrsdorf, ☎ 035952/ 46819  
Weißbacher Straße 3, 01896 Pulsnitz, ☎ 035955/ 73655  
[info@zahnarztpraxis-kaeppler.de](mailto:info@zahnarztpraxis-kaeppler.de)  
[www.zahnarztpraxis-kaeppler.de](http://www.zahnarztpraxis-kaeppler.de)

## Erhebungsbogen zur internistischen Untersuchung (Auszug)

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

bei Frau/Herrn \_\_\_\_\_

soll in ambulanter Behandlung ein kieferchirurgischer Eingriff zur Implantat-Insertion in den Kieferknochen durchgeführt werden.

Ich bitte daher um Untersuchung der/des Patientin/Patienten zur Erhebung der folgenden Befunde und zum Ausschluss von Erkrankungen:

### Medikamenteneinnahme:

Corticoide \_\_\_\_\_

Cyclostatica \_\_\_\_\_

Antikoagulantien \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

### Erkrankungen:

Neurologische  
Erkrankungen \_\_\_\_\_

Knochenerkrankungen  
(z.B. Osteoporose) \_\_\_\_\_

Herz-  
/Kreislaufferkrankungen \_\_\_\_\_

Herzrhythmusstörungen \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

Bestehen ärztliche Einwände gegen eine Implantation? (Gründe)

Entscheidungen und Verantwortung für den implantologischen Eingriff obliegen dem behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen.

Mit kollegialen Grüßen

---

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger