

Dr. Andreas Röhrle und Kollegen
Spezialist für Implantologie
European Dental Association (EDA)

Goethestraße 1
73525 Schwäbisch Gmünd
Telefon 07171 63840
Telefax 07171 63963
info@implant-smile.de
www.implant-smile.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Implantologie!

Wir freuen uns, Sie bald in Sachen Zahnimplantate umfassend beraten und nach neuesten medizinischen Erkenntnissen behandeln zu können. Damit wir den Zeitbedarf für Ihren ersten Untersuchungs- und Beratungstermin richtig beurteilen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch andere Auskünfte. Sie können nun in aller Ruhe – zu Hause – die ersten wichtigen Fragen beantworten.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen schnell zurück!

Nachdem wir Ihren Fragebogen ausgewertet haben, werden wir schnellstmöglich mit Ihnen einen ersten Termin vereinbaren. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Lesen Sie bitte unsere **implantsmile** Informationsbroschüre!

Viele spezielle Fragen können nur in einem persönlichen Gespräch nach einer Erstuntersuchung beantwortet werden. Die häufigsten Fragen sind jedoch allgemeiner Natur. Unsere jahrelange Erfahrung zeigt, dass unseren Patienten im Vorfeld sehr geholfen ist, wenn sie diese allgemeinen Fragen in schriftlicher Form ausgehändigt bekommen.

Wir führen eine organisierte Bestellpraxis!

Das bedeutet, dass für Sie normalerweise kaum Wartezeiten entstehen. Das bedeutet aber auch, dass Sie – wenn Sie den exklusiv für Sie reservierten Termin nicht einhalten können – mindestens 24 Stunden vorher absagen müssen. Für nicht rechtzeitig abgesagte, bzw. für nicht entschuldigte und nicht wahrgenommene Termine, können wir eine Ausfallgebühr in Höhe der entstandenen Praxiskosten in Rechnung stellen.

Privatversicherung, Beamtenbeihilfe, Krankenkasse!

Wir setzen uns für eine optimale Behandlung aller unserer Patienten ein. Feste Zähne auf Implantaten werden von allen Kostenträgern im deutschen Gesundheitssystem teilweise bezuschusst.

*Wir freuen uns auf Sie
Ihr **implantsmile** Team*

Patient

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Nr.		Postleitzahl, Ort	

Versicherter

Name, Vorname (Ehepartner, Vater, Mutter)		Geburtsdatum	
Beruf		Arbeitgeber	
Telefon Privat	Telefon Arbeit	Mobil	Fax
Krankenkasse, Krankenversicherung			

gesetzlich versichert freiwillig versichert privat versichert beihilfeberechtigt Zusatzversichert

Unser Institut wurde Ihnen empfohlen von?	Sonstige Gründe?
---	------------------

Liegt eine Überweisung vor? Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes:

Grund Ihres Kommens

(auch mehrfache Nennungen):

- Seit kurzem fehlt mir ein Zahn oder mehrere Zähne.
- Einer oder mehrere Zähne sind locker.
- Ich habe zerstörte Zähne / Zahnschmerzen.
- Ich habe eine Vollprothese und möchte wieder feste Zähne. Wenn ja, seit wann ca. zahnlos? _____
- Ich habe eine Teilprothese und möchte wieder feste Zähne. Wenn ja, seit wann ca. zahnlos? _____
- Mein Zahnarzt plant Zahnersatz, aber die Möglichkeiten durch Zahnimplantate interessieren mich.
- Ich habe schon Zahnimplantate. Seit wann ca. _____
- Sonstige Gründe: _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Wenn ja _____
Name, Telefonnummer des behandelnden Arztes _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ja nein Wenn ja _____

Sind Sie allergisch auf bestimmte Stoffe
oder Medikamente ja nein Wenn ja _____

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente gegen
Knochenerkrankungen (Osteoporose, Tumoren)
eingenommen? Sogenannte Bisphosphonate ja nein Wenn ja _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herz-, Blut-, Kreislauf-, Gefäßerkrankung ja nein Wenn ja _____

Nieren-, Leber-, Lungenerkrankung ja nein Wenn ja _____

Nerven-, Stoffwechselerkrankung (Diabetes) ja nein Wenn ja _____

Knochen-, Gelenkerkrankung ja nein Wenn ja _____

Virusinfektionen (HIV, Hepatitis o.ä.) ja nein Wenn ja _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Rauchen Sie ja nein Stück/Tag _____

Besondere Umstände die zahnärztliche Behandlung betreffend z.B. Angstzustände, Würgereiz, Nebenwirkungen nach
zahnärztlichen Spritzen _____

Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder Ihrer Zähne angefertigt?
Wenn ja, wäre es hilfreich wenn Sie diese besorgen könnten. ja nein

Sollen wir diese Bilder von Ihrem ehemaligen Zahnarzt anfordern?
Name, Telefonnummer des behandelnden Arztes _____

Hatten Sie in den letzten 10 Jahren eine Vollnarkose? ja nein

Welche Art der Betäubung würden Sie bei einem chirurgischen Eingriff im Mund bevorzugen?

örtliche Betäubung (Spritze) möglichst Vollnarkose

Ich willige ein, dass unter Umständen Fotos von meinen Zähnen oder bestimmten Behandlungssituationen
gemacht werden. Die Bilder werden nur praxisintern oder zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Formular senden