

Überweisung zur Implantologie

Patient

Name | Vorname _____

Geburtsdatum _____

m w

Überweisender Arzt

Überweisung an Chirurgen

Zahnschema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewünschtes Implantatsystem

CAMLOG® Implantatsystem
 SCREW-LINE PROGRESSIVE-LINE

CERALOG® Hexalobe
 suprakrestal epikrestal

iSy® Implantatsystem
 LODI

CONELOG® Implantatsystem
 SCREW-LINE PROGRESSIVE-LINE

Vorgesehene Versorgungsform / Konstruktion

<input type="checkbox"/> festsitzend	<input type="checkbox"/> Einzelzahn	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
<input type="checkbox"/> herausnehmbar	<input type="checkbox"/> Brücke	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> Doppelkronen	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> Steg	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> Kugelkopf	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> Locator®	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> COMFOUR®	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____

Röntgenbilder / CT / DVT anbei Zahnfilm OPG CT DVT

Modelle anbei UK OK

Risikofaktoren

Rauchen Allergien Atemnot Hormonprobleme Tabletten
 Diabetes Tumore Schwangerschaft Schlafmittel Knochen/Gelenke
 Epilepsie Blutssystem Verdauungsprobleme Herzprobleme

Anamnese

Extraktion Regio _____ vor _____ Wochen

Komplikationen: keine Ja, _____

Vorbehandlung abgeschlossen Ja Nein **Aufklärung Prophylaxe nach Implantation durchgeführt** Ja Nein