Zusätzliche Informationen (nur für Implantatbrüche)

Datum: _____

I. Implantologe, Überweiser, Labor

Implantologe:

Name Arzt: _____ Kundennummer: _____

Straße, Hausnr.: _____ Telefonnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Überweiser:

Name Arzt: _____ Kundennummer: _____

Straße, Hausnr.: _____ Telefonnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Dentallabor:

Name: _____ Kundennummer: _____

Straße, Hausnr.: _____ Telefonnummer: _____

PLZ, Ort: _____

II. Implantatbruch

Patient/in:

Patientennummer: _____ Alter: _____ Raucher: ☐ Ja ☐ Nein

Implantatbruch Regio:

Therapieplanung															
Befund															
	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**
Befund																
Therapieplanung																

Erläuterungen Befund
a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)
b = Brückenglied
e = ersetzter Zahn
ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f = fehlender Zahn
i = Impantat mit intakter Suprakonstruktion
ix = zu entfernendes Implantat
k = klinisch intakte Krone
kw = erneuerungsbedürftige Krone
pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r = Wurzelstiftkappe
rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
t = Teleskop
tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
ur = unzureichende Retention
ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
)(= Lückenschluss

Behandlungsplanung
A = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)
B = Brückenglied
E = zu ersetzender Zahn
H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung
K = Krone
M = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration
O = Geschiebe, Steg etc.
PK = Teilkrone
R = Wurzelstiftkappe
S = implantatgetragene Suprakonstruktion
T = Teleskopkrone
V = Vestibuläre Verblendung

II. Implantatbruch (Fortsetzung)

Posteingang:

Datum: _____

Implantat: _____ Artikelnummer: _____ Lot: _____

Abutment: _____ Artikelnummer: _____ Lot: _____

Schraube: ☐ Titanabutmentschraube Artikelnummer: _____ Lot: _____

☐ Goldschraube Artikelnummer: _____ Lot: _____

Anschreiben: ☐ Ja ☐ Nein

Röntgenbilder: OPG: _____ Röntgenfilm: _____

Erstimplantation: ☐ Ja ☐ Nein

Sofortbelastung: ☐ Ja ☐ Nein

Zeitlicher Ablauf:

Impl.: _____ Proth.: _____ Expl.: _____

Zukünftige prothetische Behandlung:

Patientenzustand und Weiterbehandlung: _____

_____

_____

_____

_

Hat der Patient durch die OP einen bleibenden Schaden erlitten? ☐ Ja ☐ Nein

III. Bewertung

Bewertung durch den technischen Service: _____

_____

_____

_____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____