

Implantologische Überweisung

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

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"/>
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"/>

Prothetische Planung:

<input type="checkbox"/> festsitzend	<input type="checkbox"/> Einzelzahn	Implantat(e) Regio _____
<input type="checkbox"/> herausnehmbar	<input type="checkbox"/> Brücke	Implantat(e) Regio _____
	<input type="checkbox"/> Kugelknopf	Implantat(e) Regio _____
	<input type="checkbox"/> Steg	Implantat(e) Regio _____
	<input type="checkbox"/> Novaloc®	Implantat(e) Regio _____
	<input type="checkbox"/> Teleskope	Implantat(e) Regio _____
		weitere TKs an natürlichen Zähnen geplant _____

Röntgenbilder/DVT: anbei Zahnfilm OPG DVT

Modelle: anbei Unterkiefer Oberkiefer

Anamnese: _____

Risikofaktoren: Rauchen Diabetes Parodontose mäßige MH
 Rheuma Osteoporose BP-Einnahme Rheuma

Extraktion: Regio _____ vor _____ Wochen

Vorbehandlung abgeschlossen ja nein Aufklärung Prophylaxe nach Impl erfolgt ja