



FORMULAR ZUR ÜBERWEISUNG AN IMPLANTOLOGEN

Dieses Formular verfolgt den Zweck, Rückfragen zu ersparen und wichtige Informationen transparent zu legen. Bitte füllen Sie die folgenden Punkte möglichst komplett aus.

PATIENT

Name, Vorname: Geburtsdatum:

männlich weiblich

ÜBERWEISENDER ZAHNARZT

ÜBERWEISENDER AN CHIRURGEN

Name, Vorname: 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"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<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 iSy® Implantatsystem LODI® Implantatsystem
 CONELOG® Implantatsystem CERATALOG® Implantatsystem

VORGESEHENE VERSORGUNGSFORM/KONSTRUKTION

<input type="checkbox"/> festsetzend	<input type="checkbox"/> Einzelzahn	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio.....	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate.....
<input type="checkbox"/> herausnehmbar	<input type="checkbox"/> Brücke	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio.....	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate.....
	<input type="checkbox"/> Doppelkronen	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio.....	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate.....
	<input type="checkbox"/> Steg	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio.....	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate.....
	<input type="checkbox"/> Kugelkopf	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio.....	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate.....
	<input type="checkbox"/> Locator	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio.....	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate.....

RÖNTGENBILDER / CT / DVT

<input type="checkbox"/> beliegend	<input type="checkbox"/> Mundfilm	<input type="checkbox"/> OPG	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> DVT	<input type="checkbox"/> beliegend	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> OK
<input type="checkbox"/> zu erstellen	<input type="checkbox"/> Mundfilm	<input type="checkbox"/> OPG	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> DVT	<input type="checkbox"/> zu erstellen	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> OK

RISIKOFAKTOR

<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Hormonproblem	<input type="checkbox"/> Tabletten
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tumore	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Schlafmittel	<input type="checkbox"/> Knochen / Gelenke
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Blutsystem	

ANAMNESE

EXTRAKTION

Regio..... vor..... Wochen
Komplikationen: Keine ja,.....

VORBEHANDLUNG ABGESCHLOSSEN (Parodontologie,...)

Ja Nein

AUFKLÄRUNG PROPHYLAXE NACH IMPLANTATION DURCHFÜHRT

Ja Nein