



ÜBERWEISUNG ZUR IMPLANTATBERATUNG

(bitte ankreuzen)

Patient: _____

Zahnarzt: _____

(Stempel)

Erreichbarkeit für Rückfragen:

Am besten telefonisch:

Tel. _____

Rückruf vor Behandlungsbeginn gewünscht

Zeiten: _____

email: _____

Risikofaktoren:

Raucher

Parodontitis wenn ja: behandelt unbehandelt
 stabil floride

Bruxismus wenn ja: behandelt unbehandelt

Allgemeinerkrankungen:

Diabetes mellitus

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Tumorerkrankung

Osteoporose

Bisphosphonattherapie

Blutverdünnende Medikamente

andere: _____

DVT gewünscht:

ja Region: _____

mit Schablone mit SICAT-Schablone

bitte erst gemeinsame Planung (WAX UP und dann DVT)

Implantatwunsch:

Patient ist über Alternativen (konventioneller Zahnersatz) aufgeklärt

Gewünschte Implantatlokalisierung und Anzahl:

Zähne _____ sollen noch entfernt werden Alveolenmanagement gewünscht

bei Frontzähnen: Extraktion und Sofortimplantat, wenn möglich
 Provisorium anbei

Gewünschtes Implantatsystem:

Camlog

Straumann

Bego

anderes: _____

egal

Unterlagen anbei:

Modelle

Röntgenbilder

Bohrschablone

Provisorium

Letzte PZR: _____

vorher sollen noch andere Zähne saniert werden

Fallbemerkungen:

_____ Datum

_____ Unterschrift