



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