

# Überweisung zur Implantologie

**Patient**

\_\_\_\_\_  
Name | Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

m  w

**Überweisender Arzt**

---



---



---

**Überweisung an Chirurgen**

---



---



---

**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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gewünschtes Implantatsystem**

CAMLOG® Implantatsystem       iSy® Implantatsystem  
 SCREW-LINE     PROGRESSIVE-LINE       LODI  
 CONELOG® Implantatsystem  
 SCREW-LINE     PROGRESSIVE-LINE

**Vorgesehene Versorgungsform / Konstruktion / Gewünschtes Emergenzprofil**

<input type="checkbox"/> festsitzend	<input type="checkbox"/> Einzelzahn	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____	<input type="checkbox"/> zylindrisch
<input type="checkbox"/> herausnehmbar	<input type="checkbox"/> Brücke	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____	<input type="checkbox"/> wide body
	<input type="checkbox"/> Doppelkronen	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____	<input type="checkbox"/> wide body narrow*
	<input type="checkbox"/> Steg	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____	<input type="checkbox"/> PS*
	<input type="checkbox"/> Kugelkopf	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____	* nur für CAMLOG® verfügbar
	<input type="checkbox"/> Locator®	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____	
	<input type="checkbox"/> COMFOUR®	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____	

**Röntgenbilder / CT / DVT**     anbei     Zahnfilm     OPG     CT     DVT

**Modelle**     anbei     UK     OK

**Risikofaktoren**

Rauchen     Allergien     Atemnot     Hormonprobleme     Tabletten  
 Diabetes     Tumore     Schwangerschaft     Schlafmittel     Knochen/Gelenke  
 Epilepsie     Blutsystem     Verdauungsprobleme     Herzprobleme

**Anamnese**

---



---



---

**Extraktion**     Regio \_\_\_\_\_     vor \_\_\_\_\_ Wochen

Komplikationen:     keine     Ja, \_\_\_\_\_

**Vorbehandlung abgeschlossen**     Ja     Nein    **Aufklärung Prophylaxe nach Implantation durchgeführt**     Ja     Nein