



Überweisung zur Implantation

PATIENTENDATEN

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnr. _____ Geb.-Dat. _____

Gewünschte Implantation

Oberkiefer

Unterkiefer

Regio: _____ Regio: _____

gewünschte Implantanzahl / -position ist fix

ist veränderbar (situationsbedingt)

Gewünschtes Implantatsystem

CAMLOG CONELOG F2 / F3 (OT Medical) F1 (OT Medical) egal

Anderes System: _____

aktuelles OPG wurde der Patientin / dem Patienten mitgegeben

bitte neues Röntgenbild anfertigen (OPG oder DVT, nach Bedarf)

Zusätzliche Fragestellungen / Bemerkungen

Zahnersatzkonstruktion

Geplante ZE-Konstruktion: feststehend bedingt herausnehmbar herausnehmbar

es besteht bereits eine klare Vorstellung über die ZE-Konstruktion

Wenn ja, wie: _____

bitte Beratung des Patienten über sinnvolle ZE-Konstruktion

Kommunikation / Konsil

Überweisende Praxis (Praxisstempel)

Bitte telefonische Rücksprache

vor Patientenberatung

nach Patientenberatung

Datum, Unterschrift Überweiser(in)