



01 Vom Zahnarzt/Überweiser:

für Praxis Dr. H. Schmidt

**M**  **W** [1] Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

Geplante Implantationsregionen bitte markieren:

<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"/>

Geplantes Implantatsystem/Firma: \_\_\_\_\_

Präop. Röntgenbild

Beiliegend  Zu erstellen

Mundfilm  
 OPG  
 CT/DVT  
 OK  
 UK

Modelle

Beiliegend  Zu erstellen

OK  
 UK  
 OK  
 UK

Vorgesehene Versorgungsform

festsitzend  herausnehmbar

Einzelzahn  Impl.Regio: \_\_\_\_\_  
 Brücke  Impl.Regio: \_\_\_\_\_  
 Doppelkronen  Impl.Regio: \_\_\_\_\_  
 Steg  Impl.Regio: \_\_\_\_\_  
 Kugelkopf  Impl.Regio: \_\_\_\_\_  
 Locator  Impl.Regio: \_\_\_\_\_

Vorbehandlung PA/KONS abgeschlossen

Ja  Nein

Vorgeschichte / Besonderheiten / Bemerkungen Zahnarzt

02 Vom Implantologen: Praxis Dr. H. Schmidt

[2] Vorgespräch

Röntgenbild

Beiliegend  Zu erstellen

Mundfilm  
 OPG  
 CT/DVT  
 OK  
 UK

Modelle

Beiliegend  Zu erstellen

OK  
 UK  
 OK  
 UK

3D Schablone

Ja  Nein

Planung

03 Für Zahnarzt/Überweiser

[3] Operation

Implantatdaten

Implantations-Pass anbei  Ja  Nein

Freilegungstermin

1 Monat  
 3 Monate  
 5 Monate  
 6 Monate

Termin/Datum

Postoperative Medikation

Bemerkung Implantologe