



Anmeldung zur Implantatsprechstunde

_____, geb. _____

(Patientenname)

Bei meinem o.g. Patienten ist folgende implantologische Versorgung geplant: _____

Bitte führen Sie folgende Behandlung(en) bzw. Behandlungsschritte bei meinem o.g. Patienten durch:

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter Tel.: _____

Planung / Diagnostik:

DVT (digitale Volumentomographie; CD mit Datensatz und Viewer-Software wird Patient mitgegeben)

Knochenaufbau:

- Kieferkammaugmentation regio _____
 Sinuslift links rechts beidseits
 Alveolarkammdistraktion regio _____

Implantatinsertion:

Implantatinsertion(en) regio _____

bevorzugtes Implantatsystem:

- Straumann (ITI, Keramik) Ankylos Templat (ICX)
 ich habe keine Präferenz
 anderes Implantatsystem
 ich benötige leihweise ein Prothetikset des verwendeten Implantatsystems

geplante prothetische Versorgung :

Oberkiefer:

- herausnehmbar festsitzend

Unterkiefer:

- herausnehmbar festsitzend

Datum: _____

Unterschrift: _____