

Formular zur Überweisung an Implantologen

Dieses Formular verfolgt den Zweck, Rückfragen zu ersparen und wichtige Informationen transparent zu legen.
Bitte füllen Sie die folgenden Punkte möglichst komplett aus.



Patient			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w												
Name	Vorname	Geburtsdatum													
Überweisender Zahnarzt		Überweisung an Chirurgen													
Name	Datum	Name													
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"/>
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"/>
Gewünschtes Implantatsystem															
<input type="checkbox"/> CAMLOG®-Implantatsystem		<input type="checkbox"/> Straumann®-Implantatsystem													
Vorgesehene Versorgungsform/Konstruktion															
<input type="checkbox"/> festsitzend	<input type="checkbox"/> Einzelzahn	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio _____	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate _____												
<input type="checkbox"/> herausnehmbar	<input type="checkbox"/> Brücke	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio _____	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate _____												
	<input type="checkbox"/> Doppelkronen	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio _____	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate _____												
	<input type="checkbox"/> Steg	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio _____	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate _____												
	<input type="checkbox"/> Kugelkopf	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio _____	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate _____												
	<input type="checkbox"/> Locator	<input type="checkbox"/> Implantat(e) regio _____	<input type="checkbox"/> Anzahl Implantate _____												
Röntgenbilder/CT/DVT		Modelle													
<input type="checkbox"/> beiliegend	<input type="checkbox"/> Mundfilm	<input type="checkbox"/> OPG	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> DVT	<input type="checkbox"/> beiliegend	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> OK								
<input type="checkbox"/> zu erstellen	<input type="checkbox"/> Mundfilm	<input type="checkbox"/> OPG	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> DVT	<input type="checkbox"/> zu erstellen	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> OK								
Risikofaktoren															
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/> Antikoagulantien													
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Allergien/Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate													
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Rauchen														
Anamnese															

Extraktion															
<input type="checkbox"/> Regio _____	<input type="checkbox"/> vor _____ Wochen														
Komplikationen: <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Ja, _____														
Vorbehandlung abgeschlossen (Parodontologie, ...)															
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein														
Aufklärung Prophylaxe nach Implantation durchgeführt															
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein														