



Überweisung zur Implantatberatung (bitte ankreuzen)

Patient: _____ Zahnarzt: _____ (Stempel)

Erreichbarkeit für Rückfragen:

Am besten telefonisch: Tel. _____ Rückruf vor Behandlungsbeginn gewünscht

Zeiten: _____

email: _____

Risikofaktoren:

Raucher

Parodontitis wenn ja: behandelt unbehandelt
 stabil floride

Bruxismus wenn ja: behandelt unbehandelt

Allgemeinerkrankungen:
 Diabetes mellitus Herz-Kreislauf-Erkrankung
 Tumorerkrankung Osteoporose
 Bisphosphonattherapie Blutverdünnende Medikamente
 andere:

DVT gewünscht: ja wenn ja: _____ (Region) nein
 (Digitale Volumetomographie)

Implantatwunsch: Patient ist über Alternativen (konventioneller Zahnersatz) aufgeklärt

Gewünschte Implantatlokalisierung und Anzahl:

Zähne _____ sollen noch entfernt werden

bei Frontzähnen: Extraktion und Sofortimplantat, wenn möglich
 Provisorium anbei

Gewünschtes Implantatsystem: _____ auf besonderen Wunsch: bitte auch Prothetik

Camlog Bego anderes: _____ egal

Unterlagen anbei: Modelle Röntgenbilder Bohrschablone Provisorium
 Letzte PZR: _____ vorher sollen noch andere Zähne saniert werden

Fallbemerkungen: _____

Datum

Unterschrift