Formular zur Überweisung an Implantologen

Holger Zaruba und Marian Hinze
Fachzahnärzte für Oralchirurgie

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

Patient

☐ m ☐ w

Name | Vorname | Geburtsdatum

Überweisender Zahnarzt

Name | Datum

Zahnschema

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gewünschtes Implantatsystem

☐ CAMLOG®-Implantatsystem
☐ Straumann®-Implantatsystem
☐ Astra Tech® – Implantatsystem
☐ Nobel Biocare® - Implantatsystem

Vorgesehene Versorgungsform/Konstruktion

☐ festsitzend	☐ Einzelzahn	☐ Implantat(e) regio _____	☐ Anzahl Implantate _____
☐ herausnehmbar	☐ Brücke	☐ Implantat(e) regio _____	☐ Anzahl Implantate _____
	☐ Doppelkronen	☐ Implantat(e) regio _____	☐ Anzahl Implantate _____
	☐ Steg	☐ Implantat(e) regio _____	☐ Anzahl Implantate _____
	☐ Kugelkopf	☐ Implantat(e) regio _____	☐ Anzahl Implantate _____
	☐ Locator	☐ Implantat(e) regio _____	☐ Anzahl Implantate _____

Röntgenbilder/CT/DVT beiliegend

☐ Zahnfilm ☐ OPG ☐ CT ☐ DVT

Modelle beiliegend

☐ OK ☐ UK

Risikofaktoren

☐ Herz-Kreislauferkrankungen
☐ Diabetes
☐ Asthma
☐ Infektionserkrankungen
☐ Allergien/Medikamentenunverträglichkeit
☐ Rauchen
☐ Antikoagulantien
☐ Bisphosphonate

Extraktion

☐ Regio ☐ vor _____ Wochen

Komplikationen: ☐ Keine ☐ Ja, _____

Vorbehandlung abgeschlossen (Parodontologie,…)

☐ Ja ☐ Nein

Aufklärung Prophylaxe nach Implantaten durchgeführt

☐ Ja ☐ Nein

Bemerkungen