

# Überweisung zur Implantologie

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

**Patient**

Name | Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

m  w

**Überweisender Arzt**

Überweisung an Chirurgen  
Elbdental  
Dr. Katja Eckstein  
FZÄ für Oralchirurgie  
Leipziger Str.15 01097 Dresden

**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"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
<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"/> <b>CAMLOG®</b> Implantatsystem <input type="checkbox"/> SCREW-LINE <input checked="" type="checkbox"/> PROGRESSIVE-LINE	<input type="checkbox"/> <b>CERALOG®</b> Monobloc	<input type="checkbox"/> <b>iSy®</b> Implantatsystem
<input type="checkbox"/> <b>CONELOG®</b> Implantatsystem <input type="checkbox"/> SCREW-LINE <input type="checkbox"/> PROGRESSIVE-LINE	<input type="checkbox"/> <b>CERALOG®</b> Hexalobe <input type="checkbox"/> suprakrestal <input type="checkbox"/> epikrestal	<input type="checkbox"/> <b>LODI</b>

**Vorgesehene Versorgungsform / Konstruktion**

<input type="checkbox"/> <b>feststehend</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzahn	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
<input type="checkbox"/> <b>herausnehmbar</b>	<input type="checkbox"/> Brücke	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> Doppelkronen	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> Steg	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> Kugelkopf	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> Locator®	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____
	<input type="checkbox"/> COMFOUR®	Implantat(e) regio _____	Anzahl Implantate _____

**Röntgenbilder / CT / DVT**

anbei  Zahnfilm  OPG  CT  DVT

**Modelle**

anbei  UK  OK

**Risikofaktoren**

<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Hormonprobleme	<input type="checkbox"/> Tabletten
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tumore	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Schlafmittel	<input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Blutsystem	<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> Herzprobleme	

**Anamnese**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Extraktion**

Regio \_\_\_\_\_  vor \_\_\_\_\_ Wochen  
Komplikationen:  keine  Ja, \_\_\_\_\_

**Vorbehandlung abgeschlossen**

Ja  Nein

**Aufklärung Prophylaxe nach Implantation durchgeführt**

Ja  Nein