

Überweisung an Implantologen

Patient

m

Name

Vorname

Geb.-Datum

w

Implantate Regio

Anzahl:

<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"/>
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
<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"/>

Vorbehandlung
(Paradontologie etc.)

- abgeschlossen
 nicht abgeschlossen

Bemerkungen:

- festsitzend Erbitte Suprakonstruktion
 herausnehmbar nur Implantation

RÖ-Bilder erbeten:

- Zahnfilm OPG CT

Extraktion erbeten:

- Ja: _____
 Regio _____
 Extraktion bereits erfolgt:
Datum: _____

Komplikationen: Keine

Ja: _____

Überw. Zahnarzt / Stempel

Name

Datum

Lageplan

