

Anmeldung zur Implantatsprechstunde

_____, geb. _____

(Patientenname)

Bei meinem o.g. Patienten ist folgende implantologische Versorgung
geplant: _____

Bitte führen Sie folgende Behandlung(en) bzw. Behandlungsschritte bei meinem o.g. Patienten durch:

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter Tel.: _____

Planung / Diagnostik

DVT (digitale Volumetomographie; CD mit Datensatz und Viewer-Software wird Patient mitgegeben)

Knochenaufbau

Kieferkammaugmentation regio _____

Sinuslift links rechts beidseits

Alveolarkammdistraktion regio _____

Implantatinsertion

Implantatinsertion(en) regio _____

bevorzugtes Implantatsystem:

Straumann Ankylos Xive Nobel AlphaTec

ich habe keine Präferenz anderes Implantatsystem

ich benötige leihweise ein Prothetikset des verwendeten Implantatsystems

geplante prothetische Versorgung

Oberkiefer: herausnehmbar (Steg/Teleskop etc. mit CoverDent) festsitzend

Unterkiefer: herausnehmbar (Steg/Teleskop etc. mit CoverDent) festsitzend

Suprakonstruktion

die prothetische Versorgung der Implantate führe ich selbst durch

bitte übernehmen Sie die prothetische Versorgung der Implantate

Sonstiges

ich möchte bei der chirurgischen Behandlung des Patienten hospitieren (Termin nach Rücksprache)

Datum

Unterschrift



PROF. SCHLEGEL & KOLLEGEN

MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE
ORALCHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE, PLASTISCHE OPERATIONEN

Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel

Arnulfstr. 19

80335 München

www.prof-schlegel.de

T: 089 590 686 990

F: 089 590 686 9910

info@prof-schlegel.de