

Überweisung zur Implantatplanung

Praxis

Patient:..... Geburtsdatum:.....

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

Implantat/e regiogewünscht.

bevorzugtes Implantatsystem:

- Straumann RN / WN / BL / BLX
- Straumann PURE Ceramic
- Astra Teck Implant
- Astra Teck EV Implant
- Camlog Srew Line
- Conelog Screw Line
- Camlog Isy
-

geplante prothetische Konstruktion

- Kronen
- Brücke
- Doppelkronen
- Steg
- Locator
-

Beratung bezüglich:

- Sofortimplantation mit provisorischer Sofortversorgung
- Straumann pro arch

Röntgenbilder OPG DVT beiliegend

Sonstiges

.....
Datum

.....
Unterschrift