

Implantatplanungs-Checkliste für

Patient:
wohnhaft in:

Vorstellung in der Implantatsprechstunde am:

Von Ihnen vorgeschlagene Implantatlokalisierung/-en

<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"/>

Dreidimensionale (Erst-)Diagnostik heute erfolgt: ja nein

Von uns vorgeschlagener Behandlungsbedarf vor Implantation

kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB
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
kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB	kB

- kB = Kein Behandlungsbedarf
- PA = Parodontaltherapie
- Zst = professionelle Zahnreinigung
- x = Extraktion/Osteotomie
- ix = zu entfernendes Implantat
- Kons = konservierende Maßnahmen
- Endo = Endodontische Versorgung
- WSA = Wurzelspitzenresektion
- kw = erneuerungsbedürftige Krone
- sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
- { } = Lückenerweiterung
- } { = Lückenschluß
- KFO = KFO Behandlung vor Implantation

Bemerkungen:

Von uns vorgeschlagene Implantatlokalisierung/-en

<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"/>

Implantatsystem: Camlog Straumann Ankylos : _____

Geplante Suprakonstruktion:

feststehend herausnehmbar: Teleskope
 Locator
 Steg

Dauer Vorbehandlungsphase (incl. 3D-Planung/Bohrschablonenherstellung)

voraussichtlich bis : [Klicken Sie hier](#), um ein Datum einzugeben.

Primäraugmentation notwendig: ja nein

Termin voraussichtlich am:

Implantationstermin:

voraussichtlich am: [Klicken Sie hier](#), um ein Datum einzugeben.

Fertigsstellung der Suprakonstruktion durch Sie:

voraussichtlich am:

Sonstige wichtige Bemerkungen:

Wir bedanken uns recht herzlich für die freundliche Überweisung Ihres Patienten. Zur Abstimmung des definitiven Procedere können Sie uns jederzeit in der Praxis anrufen. Wir sind am besten Montag nachmittags zwischen 14.30 und 16.30 Uhr telefonisch zu erreichen oder gerne auch per Mail (mkgpraxis@dr-henssler.de). Wir können auch gerne eine gemeinsame Besprechung der 3-dimensionalen Auswertung direkt am Rechner einplanen. Den Kostenvoranschlag werden wir dem Patienten/-in in den nächsten Tagen zusenden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr Praxisteam Dr. Dr. A. Henßler & Kollegen