

1. Allgemeine Angaben

Behandelnde Praxis		Name des verantwortlichen Behandlers	
Straße		Datum Vorgespräch	Datum Operation
PLZ / Ort		Patientennummer	Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
			Alter

2. Ausschlusskriterien

2.1 Raucher (mehr als 10 Zigaretten am Tag)

Ja, seit _____ Jahren Nein, seit _____ Jahren

2.2 Diabetes

Ja Nein

2.3 Sonstiges

3. Diagnose

3.1 Indikation

Sinuslift Ossäre Defekte Intraossäre Defekte

Kieferkammaugmentation Furkationsdefekte Socket Preservation

Weitere:

3.2 Anamnese (allgemeiner Gesundheitsstatus)

3.3 Mundhygiene

3.4 Behandlungsplan (Bitte entsprechende Bereiche kennzeichnen)

I	8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	II	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
IV	8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	III	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| I = Implantat | kw = erneuerungsbedürftige Krone | B = Brückenglied |
| i = Implantat mit hoher Suprastruktur |) (= Lückenschluss | K = Krone |
| ix = zu entfernendes Implantat | t = Teleskop | M = Vollkeramisch oder keramisch voll |
| b = Brückenglied | x = nicht erhaltungswürdiger Zahn | verblendete Restauration |
| k = klinisch intakte Krone | E = zu ersetzender Zahn | S = implantatgetragene Suprakonstruktion |

3.5 Indikationsprofil

Knöchernde Situation	
<input type="radio"/> Kein Knochendefekt	<input type="radio"/> Knochendefekt
<input type="radio"/> Weiteres:	
Weichgewebsbeschaffenheit	
<input type="radio"/> Rezession	<input type="radio"/> Keine Rezession
<input type="radio"/> Entzündet	<input type="radio"/> Gesund
<input type="radio"/> Dicker Biotyp	<input type="radio"/> Dünner Biotyp
<input type="radio"/> Normaler Wundverschluss möglich	<input type="radio"/> Kein normaler Wundverschluss möglich
<input type="radio"/> Intakte Papille	<input type="radio"/> Nicht vollständig ausgebildete/fehlende Papille
<input type="radio"/> Normal keratinisierte Mukosa	<input type="radio"/> Fehlen einer keratinisierten Mukosa
<input type="radio"/> Weiteres:	

4. Produktinformation

4.1 Knochenersatzmaterial (Bitte geben Sie an welches oder welche Produkt/e Sie verwendet haben.)

Produktname:	
LOT Nummer:	Artikelnummer:

4.2 Membran / Fleece

Produktname:	
LOT Nummer:	Artikelnummer:

5. Operation / Chirurgie

5.1 präoperative Maßnahmen

5.2 postoperative Maßnahmen

Antibiotikum:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Falls ja, bitte folgendes angeben (Handelsname/Firma und Dosierung):
Weitere:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Falls ja, bitte folgendes angeben (Handelsname/Firma und Dosierung):

6. Komplikationen
