

# Formular - Überweisung zur Implantatversorgung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name des Versicherten		geboren am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	Vk gültig	Datum

Praxis für Oralchirurgie

Dr. med. dent. Beate Planert

## Leistungsschwerpunkte

zahnärztliche Chirurgie  
Parodontalchirurgie  
3-dimensionale Röntgendiagnostik  
zahnärztliche Implantologie  
Behandlung in Narkose

Dieses Formular verfolgt den Zweck, Rückfragen zu ersparen und wichtige Informationen transparent zu legen.

Bitte füllen Sie die folgenden Punkte möglichst komplett aus.

Bahnhofstraße 7 · 01445 Radebeul

Telefon 0351/830 40 82, Fax 0351/830 41 13

[www.oralchirurgie-radebeul.de](http://www.oralchirurgie-radebeul.de)

[info@oralchirurgie-radebeul.de](mailto:info@oralchirurgie-radebeul.de)

Überweisender Zahnarzt

## Sprechzeiten

Mo, Do 8.00 - 18.00 Uhr  
Di 8.00 - 15.30 Uhr  
Mi, Fr 8.00 - 13.00 Uhr

Zahnschema

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Vorgesehene Versorgungsform / Konstruktion

- |                                     |                                    |  |   |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> festsitzend   | <input type="radio"/> Einzelzahn   | <input type="radio"/> Implantat(e) regio _____ | <input type="radio"/> Anzahl Implantate _____ |
| <input type="radio"/> herausnehmbar | <input type="radio"/> Brücke       | <input type="radio"/> Implantat(e) regio _____ | <input type="radio"/> Anzahl Implantate _____ |
|                                     | <input type="radio"/> Doppelkronen | <input type="radio"/> Implantat(e) regio _____ | <input type="radio"/> Anzahl Implantate _____ |
|                                     | <input type="radio"/> Steg         | <input type="radio"/> Implantat(e) regio _____ | <input type="radio"/> Anzahl Implantate _____ |
|                                     | <input type="radio"/> Kugelkopf    | <input type="radio"/> Implantat(e) regio _____ | <input type="radio"/> Anzahl Implantate _____ |
|                                     | <input type="radio"/> Locator      | <input type="radio"/> Implantat(e) regio _____ | <input type="radio"/> Anzahl Implantate _____ |

bevorzugtes Implantatsystem

-   **XiVE**®  **camlog / CONELOG**®

Röntgenbilder/CT/DTV

- beiliegend**  Zahnfilm  OPG  CT/DTV  
 **zu erstellen**  Zahnfilm  OPG  CT/DTV

Modelle

- beiliegend**  UK  OK  
 **zu erstellen**  UK  OK

Besonderheiten \_\_\_\_\_

Zahn entfernt

- Regio \_\_\_\_\_  vor \_\_\_\_\_ Wochen  
Komplikationen  keine  Ja, \_\_\_\_\_

Vorbehandlung abgeschlossen (Paradontologie)

- Ja  Nein

Aufklärung Prophylaxe nach Implantversorgung durchgeführt

- Ja  Nein

prothetische Versorgung

- durch Überweiser  durch Implantologen