

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

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