*** ***

Alexander Bouymin & Walter Wille-Kollmar – Straubingerstr. 40 – 80687 München – Tel :089/575591 – Fax. 089/5705251\_\_

**Anmeldung zur Implantatsprechstunde**

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , geb.

**Praxis:**

Name/Stempel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefon bei Rückfragen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bei meinem o.g. Patienten ist folgende implantologische Versorgung geplant:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Bitte führen Sie folgende Behandlung(en) bzw. Behandlungsschritte bei meinem o.g Patienten durch:

**Planung /Diagnostik:**

( ) Auswertung von DVT ( digitale Volumentomographie ) / OPG

( ) Persönliche Einschätzung/Zweitmeinung

**Knochenaufbau:**

( ) Kieferaugmentation regio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Sinuslift ( ) links ( ) rechts ( ) beidseits

( ) Alveolarkammdistraktion regio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Implantatinsertionen:**

( ) Implantatinsertionen regio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bevorzugtes Implantatsystem:**

( ) Straumann ( ) Conlog/Camlog ( ) BTI ( ) Astra ( ) Bredent/Sky ( ) Carident

( ) keine Präferenz ( ) ein anderes Implantatsystem ( 3i, Profile,Lifecare)

( ) ich benötige leihweise ein Prothetikset des verwendeten Implantatsystems

**Geplante Prothetik:**

Oberkiefer: ( ) festsitzend ( ) herausnehmbar ( Steg/Teleskop mit OverDent )

Unterkiefer: ( ) festsitzend ( ) herausnehmbar ( Steg/Teleskop mit OverDent )

**Suprakonstruktion:**

( ) die prothetische Versorgung der Implantate führe ich selbst durch

( ) bitte übernehmen Sie die prothetische Versorgung der Implantate

**Hospitationen:**

( ) ich möchte bei der chirurgischen Behandlung dabei sein ( Termin nach Rücksprache )

( ) ich möchte bei der prothetischen Behandlung dabei sein ( Termin nach Rücksprache )

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**