



KONZEPTPLANUNG ZAHNARZT CHIRURG

PATIENT: _____

ZAHNARZT / ADRESSE:

FAX:

WUNSCHPOSITION DER IMPLANTATE:

18	17	16	15	14	13	12	11	OK	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	UK	31	32	33	34	35	36	37	38

VERSORGUNGSART:

FESTSITZEND:	<input type="checkbox"/> Krone	<input type="checkbox"/> Brücke
HERAUSNEHMBAR:	<input type="checkbox"/> Steg	<input type="checkbox"/> retentives Element (z.B. Locator®)

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN ZUR OP:

IMPLANTATIONSINFORMATION CHIRURG ZAHNARZT

EMPFOHLENER GINGIVAFORMER ZUR WEITERVERSORGUNG:

CHIRURG / ADRESSE:

FAX:

ZAHNPOSITION: _____

TL:	<input type="checkbox"/> NNC	<input type="checkbox"/> RN	<input type="checkbox"/> WN
BL:	<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> RC	
Ø:	<input type="checkbox"/> 3,3	<input type="checkbox"/> 4,1	<input type="checkbox"/> 4,8
ROXOLID®:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
KERAMIK:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
ARTIKEL-NR.:			

GINGIVAFORMER:

mm

ZAHNPOSITION: _____

TL:	<input type="checkbox"/> NNC	<input type="checkbox"/> RN	<input type="checkbox"/> WN
BL:	<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> RC	
Ø:	<input type="checkbox"/> 3,3	<input type="checkbox"/> 4,1	<input type="checkbox"/> 4,8
ROXOLID®:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
KERAMIK:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
ARTIKEL-NR.:			

GINGIVAFORMER:

mm

ZAHNPOSITION: _____

TL:	<input type="checkbox"/> NNC	<input type="checkbox"/> RN	<input type="checkbox"/> WN
BL:	<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> RC	
Ø:	<input type="checkbox"/> 3,3	<input type="checkbox"/> 4,1	<input type="checkbox"/> 4,8
ROXOLID®:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
KERAMIK:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
ARTIKEL-NR.:			

GINGIVAFORMER:

mm

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN ZUR OP: