

Überweisung zur Implantation

Dr. Stephan Krause & Dr. Alexander Krause, MSc

Zahnärzte

Stöckener Straße 85 - 30419 Hannover

Telefon: 0511 - 979 35 55 - Telefax: 0511 - 979 37 06

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____

Tel. Dienst: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____@_____

Bei meinem o.g. Patienten ist eine implantologische Versorgung geplant.

Ich bitte um Durchführung folgender Behandlung(en) bzw. Behandlungsschritte:

1. Planung / Diagnostik

Implantatberatung regio _____

DVT

2. Knochenaufbau

Kieferkammaugmentation regio _____

Sinuslift links rechts beidseits

Alveolarkammdistraktion regio _____

3. Implantatinserterion

Implantatinserterion(en) regio _____

4. bevorzugtes Implantatsystem:

Straumann

Camlog

ich habe keine Präferenz

anderes Implantatsystem _____

5. geplante prothetische Versorgung

Oberkiefer:

Steg/CoverDent Teleskop/CoverDent.

VMK-Kronen VMK-Brücke Keramik-Krone

Unterkiefer:

Steg/CoverDent Teleskop/CoverDent.

VMK-Kronen VMK-Brücke Keramik-Krone

6. Suprakonstruktion

die prothetische Versorgung der Implantate führe ich selbst durch

bitte übernehmen Sie die prothetische Versorgung der Implantate

Ort, Datum

Überweiser