

OP-Protokoll Implantation

Datum _____ OP-Beginn _____ OP-Ende _____

Patientendaten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ m w

Adresse _____

Versicherung / Name _____ privat gesetzlich Ersatz

Bemerkungen _____

Implantation

Operateur(in) _____ Assistent(in) _____

Medikamente _____ Anästhesie _____ Anzahl _____

präoperativ _____ Leitungsanästhesie _____

postoperativ _____ Infiltrationsanästhesie _____

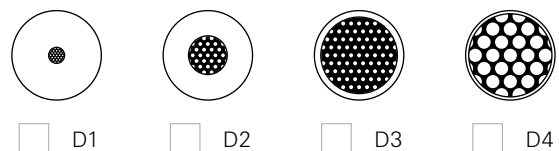
Lokalisierung ceramic.implant

Implantat-Länge	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Implantat-Durchmesser	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28																
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38																
Implantat-Durchmesser	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Implantat-Länge	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

Zusätzliche operative Maßnahmen

- Augmentation/Material _____
- Sinuslift/Material _____
- Bone spreading
- Sonstiges _____
- Keine

Knochenqualität (Lekholm & Zarb, 1985)



Intraoperative Komplikationen

- Perforation Kiefer-/Nasenhöhle
- Verletzung Mandibularkanal
- Sonstiges _____
- Keine

Postoperative Komplikationen

- Primäre Wundinfektion
- Sekundäre Wundinfektion
- Sonstiges _____
- Keine