

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

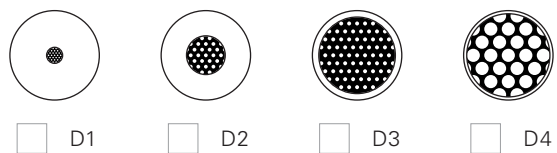
Lokalisierung ceramic.implant

Implantat-Länge	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	
Implantat-Durchmesser	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	
Implantat-Länge	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <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