Prof. Dr. Dr. A. Kübler
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und Plastische Gesichtschirurgie
der Universität Würzburg
Pleicherwall 2
97070 Würzburg

Tel.: 0931/201-72720 (Anmeldung zur Implantatsprechstunde bei Prof. Kübler - persönlich)

_____, geb._____
(Patientenname)

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

_____

_____

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

1. Planung / Diagnostik

☐ DVT (digitale Volumentomographie; CD mit Datensatz und Viewer-Software wird Patient mitgegeben)

2. Knochenaufbau

☐ Kieferkammaugmentation regio _____

☐ Sinuslift ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

☐ Alveolarkammdistraktion regio _____

3. Implantatinsertion

☐ Implantatinsertion(en)
regio _____
_____
_____

4. bevorzugtes Implantatsystem:

☐ AstraTech Osseo Speed
☐ Camlog

☐ ich habe keine Präferenz
☐ anderes Implantatsystem
☐ ich benötige leihweise ein Prothetikset des verwendeten Implantatsystems

5. geplante prothetische Versorgung

Oberkiefer:	☐ Steg/CoverDent	☐ Teleskop/CoverDent.	☐ Keramik-Inlay
	☐ VMK-Kronen	☐ VMK-Brücke	☐ Keramik-Krone
Unterkiefer:	☐ Steg/CoverDent	☐ Teleskop/CoverDent.	☐ Keramik-Inlay
	☐ 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

7. Sonstiges

☐ ich möchte bei der Planung / Diagnostik (DVT) des Patienten hospitieren (Termin nach Rücksprache)
☐ ich möchte bei der chirurgischen Behandlung des Patienten hospitieren (Termin nach Rücksprache)
☐ ich möchte bei der prothetischen Behandlung des Patienten hospitieren (Termin nach Rücksprache)

Praxisstempel

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter Tel.:

_____