



Interdisziplinäre Periimplantitis-Sprechstunde

Kontakt: Reception ZIF, Telefon 044 634 04 04, E-Mail: zzm.rzm@hin.ch

Überweisung

Überweiser (Praxisstempel):	Adresse Patient:
E-Mail:	E-Mail:

<input type="checkbox"/> Abklärung/Beratung <input type="checkbox"/> Behandlung
Problem/Fragestellung:
Anamnestische Auffälligkeiten:

Seit wann besteht die Problematik? _____	Beilage: <input type="checkbox"/> Röntgenbilder <input type="checkbox"/> Fotos Bitte unbedingt den Röntgenverlauf mitsenden!
Sondierungswerte: _____ mm <input type="checkbox"/> Blutung auf Sondierung <input type="checkbox"/> Pus	

Falls bekannt:

<input type="checkbox"/> Implantat(e) _____ Implantattyp: _____ Auffälligkeiten bei/nach der OP: _____ Wurde augmentiert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit: _____	Datum der Implantatinserterion: _____
--	---------------------------------------

<input type="checkbox"/> Prothetische Versorgung (Abutment-Typ, verschraubt oder zementiert, Zement-Typ): _____ _____ Einsetzdatum: _____
--

Für interne Zwecke: Erstbefund bei <input type="checkbox"/> AZÜ <input type="checkbox"/> NHL <input type="checkbox"/> CCL
--