

Herrn
Prof. Dr. Dr. Norbert Kübler
Univ.-Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Zentrum für Operative Medizin II (Gebäude 11.52)
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

Anmeldung zur Implantatsprechstunde:

Tel.: 0211-8118181

_____, geb. _____
(Patientenname)

Bei meinem o.g. Patienten ist folgende implantologische Versorgung geplant (Zahn/Region, Suprakonstruktion):

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

1. Knochenaufbau

- Kieferkammaugmentation regio _____
- Sinuslift regio/rechts/links _____
- Alveolarkammdistraktion regio _____

2. Implantatinsertion

- Implantatinsertion(en) regio _____

bevorzugtes Implantatsystem :

- ich habe keine Präferenz
- Ankylos C/X
- AstraTech OsseoSpeed
- Camlog Conelog Progressive Line
- NobelActive
- NobelParallel Conical Connection
- Straumann BLX
- Straumann TLX
- Straumann BLT Bone Level Tapered
- Straumann Standard Plus
- anderes Implantatsystem _____
- ich benötige leihweise ein Prothetikset des verwendeten Implantatsystems

3. Sonstiges

- ich möchte an der Operation des Patienten teilnehmen

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter Tel.: _____

Praxisstempel