

LIEFERADRESSE

Titel

Vorname*

Nachname*

Straße / Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Land*

Telefon*

E-Mail*

Patienten Name / ID:*

RECHNUNGSADRESSE

Lieferadresse entspricht Rechnungsadresse

Titel

Vorname*

Nachname*

Straße / Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Land*

Telefon*

E-Mail*

GEPLANTE IMPLANTATPOSITION(EN)

Bitte kennzeichnen Sie die Implantatpositionen und evtl. zu entfernende Zähne.

= FDI

= ADA

= Extrahieren

= Geplantes Implantat*



18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



IMPLANTATE

Implantathersteller:*

Implantatsystem:*

INFORMATIONEN ZUR OP*

Wird ein voll geführtes Chirurgie-Kit verwendet?

Ja Welches System?

Nein Stattdessen werden Standardbohrer von folgendem Hersteller verwendet:

Bohrdurchmesser? mm Bohrerlänge? mm

OP mit Aufklappung des Weichgewebes

Knochenaufbau während der OP

Zusätzliche Kommentare (z.B. abgewinkelte Abutments, Bone Splitting, Sinuslift...):

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der SICAT GmbH & Co. KG in der jeweils aktuellen gültigen Fassung.*

Datum:

Unterschrift:

* = Pflichtfelder