

OP-Protokoll Implantation

Patient

Name | Vorname _____ Geburtsdatum _____ m w

Adresse _____

Versicherung privat gesetzlich Ersatz Name _____

Bemerkungen _____

Implantation

Operateur/in _____ Assistent/in _____

Medikamente _____ Anästhesie | Anzahl _____

präoperativ _____ Leistungsanästhesie _____

postoperativ _____ Infiltrationsanästhesie _____

Lokalisation der Implantate

Implantat-Durchmesser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat-Länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat-Typ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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-Typ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat-Länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat-Durchmesser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

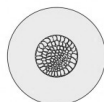
Implantat-Typ:	Implantat-Durchmesser:	Implantat-Länge:
1 = CAMLOG® SCREW-LINE Promote® plus	3.3 / 3.8 / 4.3 / 5.0 / 6.0 mm	9 / 11 / 13 / 16 mm
2 = CAMLOG® SCREW-LINE Promote®	3.3 / 3.8 / 4.3 / 5.0 / 6.0 mm	9 / 11 / 13 / 16 mm
3 = CAMLOG® ROOT-LINE 2 Promote® plus	3.3 / 3.8 / 4.3 / 5.0 / 6.0 mm	9 / 11 / 13 / 16 mm
4 = CONELOG® SCREW-LINE Promote® plus	3.3 / 3.8 / 4.3 / 5.0 mm	7 / 9 / 11 / 13 / 16 mm
5 = CERALOG® MONOBLOC	4.0 mm	8 / 10 / 12 mm
6 = CERALOG® HEXALOBE suprakrestal	4.0 mm	8 / 10 / 12 mm
7 = CERALOG® HEXALOBE epikrestal	4.0 mm	8 / 10 / 12 mm
8 = iSy®	3.8 / 4.4 / 5.0 mm	7.3 / 9 / 11 / 13 mm
9 = LODI	2.4 / 2.9 mm	10 / 12 / 14 mm

Knochenqualität

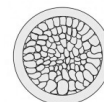
(nach Lekholm & Zarb 1985)



1



2



3



4

Zusätzliche operative Maßnahmen

keine Augmentation/ Material: _____ Bone spreading

Sinuslift/ Material: _____ Sonstiges: _____

Intraoperative Komplikationen

keine Perforation Kiefer-/Nasenhöhle Verletzung Mandibularkanal

Sonstiges: _____

Postoperative Komplikationen

keine Primäre Wundinfektion Schleimhautperforation

Sonstiges: _____ Sekundäre Wundinfektion