



Interdisziplinäre Periimplantitis-Sprechstunde

Kontakt: Reception ZIF, Telefon 044 634 04 04, E-Mail: zzm.rzm@hin.uzh.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) _____ | Datum der Implantatinserion: _____ |
| Implantattyp: _____ | |
| Auffälligkeiten bei/nach der OP: _____ | |
| Wurde augmentiert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit: _____ | |

| |
|---|
| <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 |
|--|