



Regio								
Implantat OK								
Implantat UK								
Knochenqualität								
Quantität								
Letzter Bohrer								
Ncm								
Augmentation								
Interner SL								
Externer SL								
Kollagen-Fleece								
Membran								
Eigenknochen								
Einheilzeit								

Irrtum und Änderungen vorbehalten

Zahnarztpraxis: 	Implantologe/Operateur: Assistent 1: Assistent 2: Anästhesist:
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Patientennummer:

OP-Datum:

Patientenname:

OP-Beginn: OP-Ende:

Geburtsdatum:

OP-Gesamtzeit:

Allergien/Unverträglichkeiten: Ja Nein

Falls ja, welche?

Anästhetikum:

.....

Ampullen Menge:

Individuelle Notiz:

.....

.....

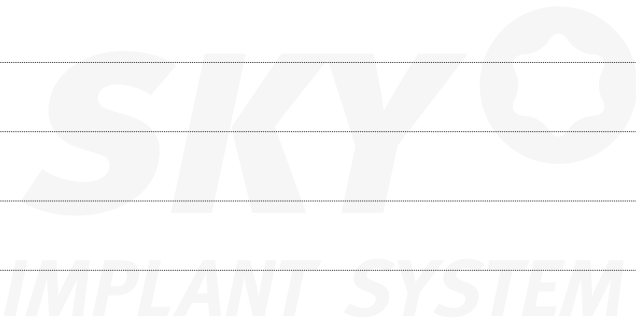
.....

.....

.....

.....

.....



OP – Steri Set Nachweis: 	OP – Instrumenten Steri Nachweis:
-----------------------------------------	--------------------------------------------------

Irrtum und Änderungen vorbehalten