

OP Protokoll-Implantation

Datum: _____ OP Beginn: _____ OP Ende: _____

PATIENT

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Versicherung: privat gesetzlich sonstige Name: _____

Bemerkungen: _____

Mundhygiene: gut schlecht Risikofaktoren: _____

Vitamin D3 Wert getestet? ja nein Wenn ja, Wert: _____ng/ml

LDL Wert getestet? ja nein Wenn ja, Wert: _____g/l

Infusion? ja nein Single Shot i.V.? ja nein

SUPPLEMENTS

Welche Supplements wurden wie lange eingenommen?

Vor der OP

BASIC IMMUNE _____ / Zeitraum _____ / Zeitraum

_____ / Zeitraum _____ / Zeitraum _____ / Zeitraum

Nach der OP

BASIC IMMUNE _____ / Zeitraum _____ / Zeitraum

_____ / Zeitraum _____ / Zeitraum _____ / Zeitraum

IMPLANTATION

Operateur: _____ Assistenz: _____

Überweiser: _____ Prothetiker: _____

Medikamente:

präoperativ: _____ Leitungsanästhesie: _____

postoperativ: _____ Infiltrationsanästhesie: _____

Implantatposition:

Implantat-Ø:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Implantat-Länge:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Implantat-Typ:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
	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-Ø:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Implantat-Länge:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Implantat-Typ:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

Implantat-Typ / Implantat-Durchmesser:

SDS1.1/1.2: 3.2 / 3.8 / 4.6 / 5.4 mm **SDS2.0/2.2:** 3.8 / 4.6 / 5.4 / 7.0 mm

Implantat-Länge: 6 / 8 / 11 / 14 / 17 mm

Zugang : Flap Schnittführung: _____
 flapless

Implantationszeitpunkt : Sofortimplantation verzögerte Sofortimplantation Spätimplantation

Knochenqualität : D1 D2 D3 (D4)

Welche OP Geräte wurden verwendet?

Piezo Ozon

Explantations Set _____

Osteotomieschritte:

Finale Osteotomie mit Instrument: _____

Insertionstiefe: tissue level

Eindrehdrehmoment: maschinell _____Ncm manuell _____Ncm

Zusätzliche operative Massnahmen :

- Augmentation / Material: _____
- Sinuslift (intern / extern) / Material: _____
- Bone Spreading: _____
- Sonstiges: _____
- keine

Intraoperative Komplikationen:

- Perforation Kiefer-/Nasenhöhle
- Restentzündung
- Sonstiges: _____
- keine
- Verletzung Mandibularkanal
- Ischämische Nekrose (NICO)
- Fremdkörper

Klopfschall überprüft regio _____ Klopfschall _____(hell/klar/dumpf)

Periotest ____ (ja/nein)

Eigenmembran eingelegt _____ Stück Metronidazol verwendet _____ (ja/nein)

Naht Material _____ Anzahl _____

Parallelisierung Implantate regio _____ beschliffen

PV Versorgung regio _____ Material _____ zementiert mit _____

Okklusion geprüft **LZP verbunden mit Nachbarzahn** ____ (ja/nein)

Heilinjektion mit _____ (Procain / Traumeel) jeweils _____ ml

Formteil ____ (ja/nein)

OPG**Wellness nach OP**

* Arnica Salbe / Tuch im OP Gebiet

* HiloTherm Therapie: _____ min bei _____ °C

* Infusion:

Fotos intraoral nach OP (Profil, Portrait, intraoral, okklusal / lateral)

Sonstiges:

Unterschrift Operateur

Verwendete Materialien (Aufkleber Lot-Nr. etc.: Implantat / Knochenersatz / Membran / etc.):