

Patienten-ID: _____ Implantationsdatum: _____

Implantation :

Operateur/in: _____
 Assistent/in: _____
 Medikamente, präoperativ: _____
 Medikamente, postoperativ: _____
 Leitungsanästhesie: _____
 Infiltrationsanästhesie, Regio: _____

Knochenqualität																
Insertionsmoment (Ncm)																
Implantat-Ø																
Implantat-Länge																
Implantat-Typ																
OK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Knochenqualität																
Insertionsmoment (Ncm)																
Implantat-Ø																
Implantat-Länge																
Implantat-Typ																

AUFLISTUNG ICX-IMPLANTATE:

Implantat-Typ:	Implantat-Ø (mm)	Implantat-Länge (mm)
01 ICX-MINI	2,9	8/10/12,5
02 ICX-PREMIUM (BL)	3,75/4,1/4,8	8/10/12,5/15
03 ICX-PREMIUM (TL)	3,45/3,75/4,1/4,8	4,9/6,5/8/10/12,5
04 ICX-ACTIVE MASTER (BL)	3,75/4,1/4,8	8/10/12,5/15
05 ICX-ACTIVE MASTER (TL)	3,75/4,1/4,8	8/10/12,5
06 ICX-ACTIVE LIQUID	3,75/4,1/4,8	8/10/12,5/15
07 ICX-PREMIUM 3,3 (BL)	3,3	8/10/12,5
08 ICX-PREMIUM 3,3 (TL)	3,3	8/10/12,5
09 ICX-ACTIVE MASTER 3,3 (BL)	3,3	8/10/12,5
10 ICX-ACTIVE MASTER 3,3 (TL)	3,3	8/10/12,5
11 ICX-ACTIVE LIQUID 3,3	3,3	8/10/12,5
12 ICX-ACTIVE WHITE KERAMIK	4,1	8/10/12,5/15

Art des chirurgischen Verfahrens:

- ☐ **freihand:** ☐ Aufklappung ohne Periostschlitzung ☐ Aufklappung mit Periostschlitzung
☐ Gingivastanzung
- ☐ **geführt:** ☐ Magellan
☐ andere Software (Name): _____

Bohrschablone (falls zutreffend):

- ☐ gingivagetragen
☐ knochengetragen, ohne Periostschlitzung
☐ knochengetragen, mit Periostschlitzung
☐ zahngetragen

Verwendung einer Glättungshilfe (bei knochengetragener Schablone): ☐ ja ☐ nein

Sofortimplantation: ☐ ja ☐ nein

Sofortbelastung: ☐ ja ☐ nein, Einheilung: ☐ subgingival ☐ transgingival

Provisorische Versorgung (falls zutreffend): ☐ modifizierte, bereits vorhandene Prothese

☐ ICX SmileBridge ☐ andere _____

Zusätzliche operative Maßnahmen:

- ☐ **keine**
- ☐ **Bone spreading**
- ☐ **Augmentation** ☐ horizontal ☐ vertikal, Material: ☐ autolog ☐ Knochenersatz, Name: _____
- ☐ **Sinuslift** ☐ intern ☐ extern, Material: ☐ autolog ☐ Knochenersatz, Name: _____
- ☐ **Membran** ☐ resorbierbar ☐ nicht resorbierbar, Name: _____
- ☐ **Nahtmaterial** ☐ resorbierbar ☐ nicht resorbierbar, Name: _____

Nahttechnik (falls zutreffend): _____

Sonstiges: _____

Intraoperative Komplikationen:

- ☐ keine
- ☐ Perforation Kiefer-/Nasenhöhlenmembran
- ☐ Nervenverletzung
- ☐ Blutung
- ☐ Kieferfraktur

Sonstiges: _____

