

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	1	2	3	4	5
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

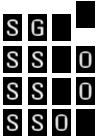
Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	6	7	8	9	10
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:						
Anzahl Implantate	11	12	13	14	15	
Patienteninitialen und KG-Nr.						
Jahrgang						
männlich / weiblich						
Insertionsdatum						
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos						
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment						
Insertionsart: sofort / früh / spät						
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial						
Weichgewebetransplantat: ja / nein						
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C						
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Belastungsdatum						
Belastungsart: sofort / früh / spät						
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert						
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C						
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	



Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	16	17	18	19	20
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	21	22	23	24	25
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	26	27	28	29	30
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	31	32	33	34	35
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	36	37	38	39	40
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	41	42	43	44	45
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	46	47	48	49	50
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	51	52	53	54	55
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochenransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	56	57	58	59	60
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochen transplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	61	62	63	64	65
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> n s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	66	67	68	69	70
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nei
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	71	72	73	74	75
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					
Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> j nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Titel / Name / Vorname / Jahrgang / Ort:					
Anzahl Implantate	76	77	78	79	80
Patienteninitialen und KG-Nr.					
Jahrgang					
männlich / weiblich					
Insertionsdatum					
Indikation: Einzelzahn / Teilbezahnter / Zahnlos					

Implantat-Liste Weiterbildungsausweis für orale Implantologie (WBA Implantologie)

Implantatseite: OK / UK / Bukkalsegment / Frontsegment					
Insertionsart: sofort / früh / spät					
Knochenaugmentation: Sinuselevation / Knochentransplantat / GBR mit Knochenersatzmaterial					
Weichgewebetransplantat: ja / nein					
Chirurgische SAC Einteilung: S, A oder C					
Chirurgie selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Belastungsdatum					
Belastungsart: sofort / früh / spät					
Suprastruktur: fix / abnehmbar / verschraubt / zementiert					
Prothetische SAC-Einteilung: S, A oder C					
Prothetik selbst durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation Ausgangslage:	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n	Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rx: a <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Modell a <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> n
Dokumentation Behandlungsschritte:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Dokumentation Schlussituation:	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Foto ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> s: a <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Langzeitdokumentation nach ? Jahren:	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Jahre: _____ Fotos: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>