

Name: _____
 Postleitzahl: _____
 Labor/Kunde: _____
 Patientennummer: _____

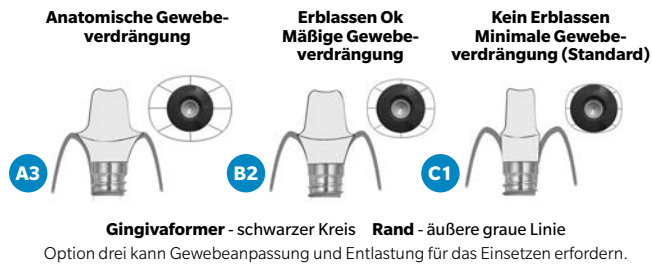
Kundenadresse: _____
 Lieferadresse: _____
 Telefon: _____

Überprüfung der Konstruktion notwendig?

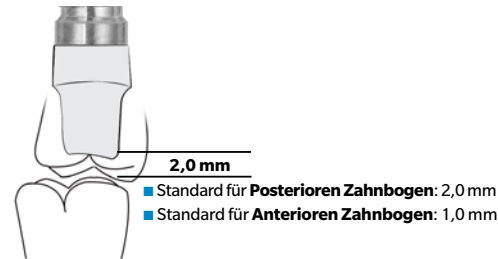
Ja Nein

Falls ja, bitte unten E-Mail-Adresse eintragen:

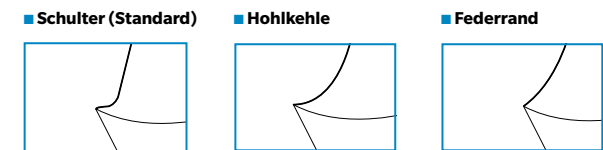
Verdrängung des Weichgewebes



Abstand zum Antagonisten



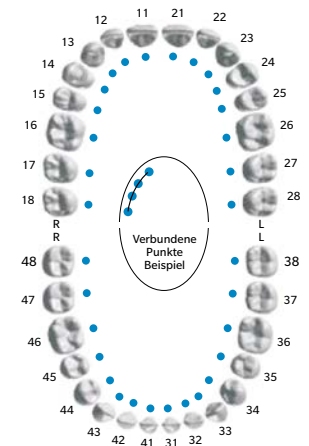
Präparationsgrenze



Implantat		Abutment-Typ	Präparationsgrenze (Bitte wählen Sie Supra oder Sub bei der Randauswahl)				Präparationsgrenze			Gewebeverdrängung			Abstand zum Antagonisten	
Zahn-Nr.	Implantattyp		□ Gleiche Einstellung für alle Abutments anwenden				Schulter (Standard)	Hohlkehle	Federrand	Bitte wählen Sie aus den 3 Optionen.			Min.	Max.
	Plattformdurchmesser (mm)	Titan*	B/F (bukkal/facial)	D (distal)	M (mesial)	L (lingual)				A3	B2	C1		
			<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig								
			<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig								
			<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig								
			<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig								
			<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig								
			<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Bündig								

Parallele Abutments

Blaue Punkte für parallele Abutments verbinden.



Verblockte Restaurationen

Blaue Punkte für verblockte Restaurationen verbinden.

* Wenn kein Abutmenttyp ausgewählt, standardmäßig Titan.

Spezielle Anweisungen:

Die von Ihnen eingereichten Informationen werden von Zimmer Biomet oder seinen angegliederten Unternehmen zu Verwaltungszwecken und zur verwaltungsbezogenen Verarbeitung gemäß den gültigen Datenschutzgesetzen verwendet. Zimmer Biomet oder seine angegliederten Unternehmen werden ihre entsprechenden Verpflichtungen gemäß den gültigen nationalen und EU-Datenschutzgesetzen einhalten, unter anderem auch die Rechte von Kunden als dem Datenschutz unterliegende Personen. Patientendaten werden ohne gültige Rechtsgrundlage nicht ausgegeben. Sämtliche Patientendaten sind gemäß den anwendbaren gesetzlichen Vorgaben zu verschlüsseln. Bitte beachten Sie die Zimmer Biomet Webseite, um Informationen zu den Datenschutzrichtlinien von Zimmer Biomet sowie Kontaktdaten zu Fragen, Bedenken oder Beschwerden über die Richtlinie oder die Erfassung, Verwendung, Offenlegung, Weitergabe, den Zugriff oder Ausschluss der Verwendung personenbezogener Daten zu erhalten.

Alle Marken in diesem Dokument sind Eigentum von Zimmer Biomet, wenn nicht anders angegeben. Alle Produkte wurden von einer oder mehreren der zahnmedizinischen Tochtergesellschaften von Zimmer Biomet Holdings, Inc. hergestellt und werden von Zimmer Biomet Dental vertrieben und vermarktet (und im Fall des Vertriebs und der Vermarktung von dessen autorisierten Marketing-Partnern). Weitere Produktinformationen sind den jeweiligen Produktetiketten oder Gebrauchsanweisungen zu entnehmen. Die Produktzulassung und -verfügbarkeit können auf bestimmte Länder/Regionen beschränkt sein. Diese Unterlagen wurden nur für Zahnärzte erstellt und stellen keinen medizinischen Rat oder medizinische Empfehlungen dar. Dieses Material darf ohne ausdrückliches schriftliches Einverständnis von Zimmer Biomet Dental nicht vervielfältigt oder nachgedruckt werden. ZB0200DE REVA 06/17 ©2017 Zimmer Biomet. Alle Rechte vorbehalten.

Bestätigung (durch Übermittlung dieser Arbeitsanweisung bestätigen Sie Folgendes):

- Die angegebenen Informationen sind korrekt, die eingereichten Materialien sind exakt und enthalten kein Metall.
- Alle Gegenstände, die mit der Mundhöhle in Kontakt waren, wurden dekontaminiert.
- Ich habe das Produkt gemäß den geltenden Anweisungen (INST1079, INST1080, INST1120, INST1147, INST1156, INST1161) für dieses Produkt geprüft.
- Im Auftrag des Zahnarztes (wenn Sie nicht der Zahnarzt sind), dass das Weichgewebe ausgereift und vollständig abgeheilt ist.

Dieses Formular genehmigt Folgendes:

- Herstellung von patientenindividuellen Abutments
- Einsetzen von Analogon
- Modifikation von Arbeitsmodellen, die nicht den geltenden Richtlinien entsprechen