



# Straumann® Smile in a Box

Auftragsformular für 5 Restzähne und mehr

Name Dentallabor Güstrow GmbH  
Straße Speicherstraße 8  
PLZ / Ort 18273 Güstrow



E-Mail info@dentallabor-guestrow.de  
Website www.dentallabor-guestrow.de  
Telefon 03843 / 721 80  
Fax 03843 / 721 82 - 0

- Bitte deutlich **MARKIEREN**.
- Bitte füllen Sie das Auftragsformular **KOMPLETT** aus.
- Wenn Sie Hilfe zu diesem Formular benötigen, kontaktieren Sie bitte Ihren Planungspartner.
- Sofern Sie den Abholservice von UPS in Anspruch nehmen wollen, kontaktieren Sie bitte UPS unter 01806 / 882 663.
- Das Auftragsformular bitte Ihrer Sendung beilegen.

## Angaben der Praxis

Straumann® Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner in der Praxis: \_\_\_\_\_

Durchwahl: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Praxis: (ausfüllen oder Praxisstempel)

## Wie soll Ihre Box bestückt werden? Kreuzen Sie bitte an:

Bohr-  
schablone



Implantat



Einheil-  
kappen



Abutment



Provisorium



optional ►

**Gewünschte Art der Versorgung:**

Einzelkrone/n       Brücke/n       Pfeilvermehrung

**Ist eine Augmentation geplant?**

Ja       Nein

**Bitte mit X die Implantatposition markieren:**

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

**Welches Implantatsystem ist gewünscht?**

Straumann®     BLT       BL       TL       BLX       KERAMIK  
Neodent®       Helix       Drive       Titamax  
MEDENTIKA®     Microcone       Quattrocone       Procone

**Implantatbestellung erfolgt durch:**

Behandler       Planungspartner im Namen des Behandlers

**Geplantes operatives Vorgehen:**

pilot       full guided

Geplanter OP Termin ist am: \_\_\_\_\_

**Planungsgespräch mit dem Planungspartner:**

Terminvorschlag für den \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_ Uhr

Bemerkungen



### 1. Datenakquise

Patientendaten werden vom Behandler übermittelt

- DVT im Dicom Format
- Intraoraler Scan und /oder physisches Situationsmodell



### 2. Segmentierung & Matching

Erfolgt gewöhnlich durch Planungspartner.

- Ich möchte diesen Schritt selbst durchführen



### 3. Planung

Erfolgt gewöhnlich durch Planungspartner.

**Der Planungsvorschlag muss durch den Behandler freigegeben werden.**

- Ich möchte die Planung selbst durchführen



### 4. Bohrschablone / Modell / Knochenmodell

Nach dem Design durch Planungspartner ist die Rücksprache mit dem Behandler obligatorisch.

- Produktion der Bohrschablone durch Planungspartner.

Gewünschte Produktion durch den Planungspartner

- eines gedruckten Modells mit Laboranalogen in den geplanten Implantatpositionen
- eines Knochenmodells



### 5. STL Daten-Bereitstellung für Behandler

- Behandler möchte die vom Planungspartner erstellten STL Daten zur Weiterverarbeitung

- Bohrschablone       Modell       Knochenmodell



### 6. Provisorium (optional)

Design und Herstellung erfolgt gewöhnlich durch den Planungspartner.

Zahnfarbe:     A1                       A2                       A3–A3,5       andere: \_\_\_\_\_

#### Kein medizinischer Rat

Der Dienst erteilt keine medizinischen Ratschläge. Ein Behandlungsplan oder eine andere Datei, die von Dentallabor Güstrow GmbH basierend auf ihren Eingaben erstellt und bereitgestellt wird, ist das Ergebnis von Bildbearbeitungsvorgängen wie der Neuformatierung und dem Zuschnitt von Original-CT Bildern und sollte lediglich als Teil der technischen Unterstützung und des Supports für Sie gewertet werden und ist keinesfalls als medizinischer Ratschlag von Dentallabor Güstrow GmbH in jeglicher Form zu verstehen. Für eine vollständige radiologische Analyse, etwa zur Bewertung ob außerhalb der Region für die Implantatplatzierung Tumore oder Infektionen vorhanden sind, müssen Sie stets die Originalen CT Bilder heranziehen, und Sie müssen den Behandlungsplan oder eine andere Datei oder ein dazugehöriges Produkt vor der Nutzung sorgfältig prüfen und kontrollieren. Indem Sie den Behandlungsplan oder eine andere Datei oder ein dazugehöriges Produkt nutzen, stellen Sie Dentallabor Güstrow GmbH automatisch von jeglicher Haftung im Zusammenhang mit dieser Nutzung frei. Sie erklären hiermit, dass Sie nach den geltenden Gesetzen und Vorschriften über eine ausreichende medizinische Qualifikation verfügen, dass Sie alle geltenden Gesetze einhalten und dass Sie die volle rechtliche und medizinische Verantwortung für die Nutzung des Behandlungsplans oder einer anderen Datei oder eines dazugehörigen Produkts übernehmen.

#### Patientendaten

Sie stimmen zu, bei der Nutzung des Dienstes keine Patientendaten zu übertragen. Patientendaten sind Informationen oder Materialien, die sich auf die Erkrankungen oder Behandlung einzelner Personen beziehen und durch die eine Einzelperson identifiziert werden kann. Dazu zählt unter anderem die persönliche Identifikationsnummer eines Patienten. Es liegt in Ihrer Verantwortung, alle geltenden Datenschutzvorschriften einzuhalten. Ungeachtet des vorherigen Satzes werden Patientendaten, die Sie ggf. über den Dienst übermitteln müssen und die nicht vor dem Senden unkenntlich gemacht werden können, von uns nur im Rahmen der geltenden Datenschutzvorschriften und nur zur Erfüllung des Vertragszwecks verarbeitet. Darüber hinaus, gehen wir davon aus, dass Sie bei Ihrem Patienten eine Einwilligung zur Weitergabe seiner Daten eingeholt haben.

\_\_\_\_\_  
Gewünschter Liefertermin für Planung

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Behandler