

# IMPLANTAATPASPOORT



**IMPLANTAAT 8**

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_ Lengte: \_\_\_\_\_

Implantaatgegevens: STL:  NN  NNC  RN  WN  
 SLActive®  SLA® BL:  NC  RC

Implantatiedatum: \_\_\_\_\_ Positie:  ADA  FDI

Stempel tandarts-implantoloog/kaakchirurg: \_\_\_\_\_

**PROTHETIEK** Abutment

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_

Type abutment: \_\_\_\_\_

Datum plaatsing: \_\_\_\_\_

**PROTHETIEK** Suprastructuur

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_

Type abutment: \_\_\_\_\_

Datum plaatsing: \_\_\_\_\_

Stempel tandarts: \_\_\_\_\_

STL: Soft Tissue Level  
BL: Bone Level

**TANDECHNISCH LABORATORIUM/TANDPROTHETICUS**

Gebruikte legeringen: \_\_\_\_\_

**IMPLANTAAT 7**

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_ Lengte: \_\_\_\_\_

Implantaatgegevens: STL:  NN  NNC  RN  WN  
 SLActive®  SLA® BL:  NC  RC

Implantatiedatum: \_\_\_\_\_ Positie:  ADA  FDI

Stempel tandarts-implantoloog/kaakchirurg: \_\_\_\_\_

**PROTHETIEK** Abutment

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_

Type abutment: \_\_\_\_\_

Datum plaatsing: \_\_\_\_\_

**PROTHETIEK** Suprastructuur

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_

Type abutment: \_\_\_\_\_

Datum plaatsing: \_\_\_\_\_

Stempel tandarts: \_\_\_\_\_

STL: Soft Tissue Level  
BL: Bone Level

**TANDECHNISCH LABORATORIUM/TANDPROTHETICUS**

Gebruikte legeringen: \_\_\_\_\_

**IMPLANTAAT 6**

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_ Lengte: \_\_\_\_\_

Implantaatgegevens: STL:  NN  NNC  RN  WN  
 SLActive®  SLA® BL:  NC  RC

Implantatiedatum: \_\_\_\_\_ Positie:  ADA  FDI

Stempel tandarts-implantoloog/kaakchirurg: \_\_\_\_\_

**PROTHETIEK** Abutment

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_

Type abutment: \_\_\_\_\_

Datum plaatsing: \_\_\_\_\_

**PROTHETIEK** Suprastructuur

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_

Type abutment: \_\_\_\_\_

Datum plaatsing: \_\_\_\_\_

Stempel tandarts: \_\_\_\_\_

STL: Soft Tissue Level  
BL: Bone Level

**TANDECHNISCH LABORATORIUM/TANDPROTHETICUS**

Gebruikte legeringen: \_\_\_\_\_

**IMPLANTAAT 5**

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_ Lengte: \_\_\_\_\_

Implantaatgegevens: STL:  NN  NNC  RN  WN  
 SLActive®  SLA® BL:  NC  RC

Implantatiedatum: \_\_\_\_\_ Positie:  ADA  FDI

Stempel tandarts-implantoloog/kaakchirurg: \_\_\_\_\_

**PROTHETIEK** Abutment

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_

Type abutment: \_\_\_\_\_

Datum plaatsing: \_\_\_\_\_

**PROTHETIEK** Suprastructuur

Referentienummer: \_\_\_\_\_ Lot: \_\_\_\_\_

Type abutment: \_\_\_\_\_

Datum plaatsing: \_\_\_\_\_

Stempel tandarts: \_\_\_\_\_

STL: Soft Tissue Level  
BL: Bone Level

**TANDECHNISCH LABORATORIUM/TANDPROTHETICUS**

Gebruikte legeringen: \_\_\_\_\_

**IMPLANTAAT 5**

Plak hier de authenticiteitsticker.

**IMPLANTAAT 6**

Plak hier de authenticiteitsticker.

**IMPLANTAAT 7**

Plak hier de authenticiteitsticker.

**IMPLANTAAT 8**

Plak hier de authenticiteitsticker.

**IMPLANTAAT 1**

Plak hier de authenticiteitsticker.

**IMPLANTAAT 2**

Plak hier de authenticiteitsticker.

**IMPLANTAAT 3**

Plak hier de authenticiteitsticker.

**IMPLANTAAT 4**

Plak hier de authenticiteitsticker.

## PATIËNTGEGEVENS

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Verzekeringsmaatschappij: \_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_

Originele componenten van het Straumann® Dental Implant System worden met uiterste precisie gemaakt en voldoen aan de hoge kwaliteitsnormen. Het gebruik van originele componenten is belangrijk voor de kwaliteit en levensduur van al uw geplaatste implantaten. Er wordt een levenslange garantie op de Straumann®-implantaten gegeven, als tijdens de gehele behandeling originele Straumann®-componenten zijn gebruikt en aan de overige garantievoorwaarden is voldaan.

## RUIMTE VOOR PATIËNTSTICKER

### IMPLANTAAT 1

Referentienummer: Lot: Lengte:

Implantaatgegevens: STL:  NN  NNC  RN  WN  
 SLActive®  SLA® BL:  NC  RC

Implantatiedatum: Positie:  ADA  FDI

Stempel tandarts-implantoloog/kaakchirurg:

### PROTHETIEK Abutment

Referentienummer: Lot:

Type abutment:

Datum plaatsing:

### PROTHETIEK Suprastructuur

Referentienummer: Lot:

Type abutment:

Datum plaatsing:

Stempel tandarts:

STL: Soft Tissue Level  
BL: Bone Level

### TANDECHNISCH LABORATORIUM/TANDPROTHETICUS

Gebruikte legeringen: \_\_\_\_\_

### IMPLANTAAT 2

Referentienummer: Lot: Lengte:

Implantaatgegevens: STL:  NN  NNC  RN  WN  
 SLActive®  SLA® BL:  NC  RC

Implantatiedatum: Positie:  ADA  FDI

Stempel tandarts-implantoloog/kaakchirurg:

### PROTHETIEK Abutment

Referentienummer: Lot:

Type abutment:

Datum plaatsing:

### PROTHETIEK Suprastructuur

Referentienummer: Lot:

Type abutment:

Datum plaatsing:

Stempel tandarts:

STL: Soft Tissue Level  
BL: Bone Level

### TANDECHNISCH LABORATORIUM/TANDPROTHETICUS

Gebruikte legeringen: \_\_\_\_\_

### IMPLANTAAT 3

Referentienummer: Lot: Lengte:

Implantaatgegevens: STL:  NN  NNC  RN  WN  
 SLActive®  SLA® BL:  NC  RC

Implantatiedatum: Positie:  ADA  FDI

Stempel tandarts-implantoloog/kaakchirurg:

### PROTHETIEK Abutment

Referentienummer: Lot:

Type abutment:

Datum plaatsing:

### PROTHETIEK Suprastructuur

Referentienummer: Lot:

Type abutment:

Datum plaatsing:

Stempel tandarts:

STL: Soft Tissue Level  
BL: Bone Level

### TANDECHNISCH LABORATORIUM/TANDPROTHETICUS

Gebruikte legeringen: \_\_\_\_\_

### IMPLANTAAT 4

Referentienummer: Lot: Lengte:

Implantaatgegevens: STL:  NN  NNC  RN  WN  
 SLActive®  SLA® BL:  NC  RC

Implantatiedatum: Positie:  ADA  FDI

Stempel tandarts-implantoloog/kaakchirurg:

### PROTHETIEK Abutment

Referentienummer: Lot:

Type abutment:

Datum plaatsing:

### PROTHETIEK Suprastructuur

Referentienummer: Lot:

Type abutment:

Datum plaatsing:

Stempel tandarts:

STL: Soft Tissue Level  
BL: Bone Level

### TANDECHNISCH LABORATORIUM/TANDPROTHETICUS

Gebruikte legeringen: \_\_\_\_\_

Bijzonderheden: \_\_\_\_\_

Volgende controleonderzoek: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Houd alstublieft rekening met de door de tandarts aanbevolen controleonderzoeken.