

Nur für den internen Praxisgebrauch – dieses Formular nicht einreichen

Allgemeine Informationen

Datum ____ / ____ / _____

Name des Behandlers _____

Name des Patienten _____

Geschlecht des Patienten Männlich Weiblich Geburtsdatum des Patienten ____ / ____ / _____

Dauer Empfehlung Beschränkung auf ____ Schritte Tragedauer 1 Woche 10 Tage 2 Wochen 3 Wochen

Zahnbögen behandeln OK UK

Hauptanliegen (optional)

Behandlungsansatz

ENTWEDER ... ODER

Ästhetisch

<input type="checkbox"/> Overjet verbessern	<input type="checkbox"/> Keine ASR	<input type="checkbox"/> Zum Gingivalsaum hin angleichen	<input type="checkbox"/> Vorhandene Mittellinien beibehalten
<input type="checkbox"/> Überbiss verbessern	<input type="checkbox"/> Keine Attachments	<input type="checkbox"/> Nur obere Mittellinie verbessern	
	<input type="checkbox"/> Prämolaren nicht bewegen	<input type="checkbox"/> Nur untere Mittellinie verbessern	

Vollständige Zahnbogenkorrektur (*für diese Optionen bitte detaillierte Anweisungen im Freitextfeld auf Seite 2 angeben bzw. Zahnschema nutzen)

Beziehung der Molaren

Rechts beibehalten korrigieren
Links beibehalten korrigieren

Beziehung der Eckzähne

Rechts beibehalten korrigieren
Links beibehalten korrigieren

Klasse I

Cutouts und Slits für
Elastics einbeziehen*
 Extraktion planen*
 Chirurgischen
Fall planen*

Klasse II

Cutouts und Slits für
Elastics einbeziehen
 Extraktion planen*
 Chirurgischen Fall planen*
 Posteriore ASR einbeziehen

Klasse III

Cutouts und Slits für
Elastics einbeziehen
 Extraktion planen*
 Chirurgischen
Fall planen*

Zahnbefunde (optional) (*für diese Optionen bitte detaillierte Anweisungen im Freitextfeld auf Seite 2 angeben bzw. Zahnschema nutzen)

<input type="radio"/> Lückenstand	<input type="radio"/> Kreuzbiss	<input type="radio"/> Tiefbiss	<input type="radio"/> Engstand	<input type="radio"/> Offener Biss
<input type="checkbox"/> Abstand für restaurative Arbeiten verteilen*	<input type="checkbox"/> Posterioren Kreuzbiss nicht korrigieren	<input type="checkbox"/> Nur UK Frontzähne intrudieren	<input type="checkbox"/> Keine ASR	<input type="checkbox"/> Cutouts und Slits für Elastics einbeziehen*
	<input type="checkbox"/> Bite Ramps einbeziehen	<input type="checkbox"/> Spee-Kurve beibehalten	<input type="checkbox"/> Keine Zahnbogen- expansion	<input type="checkbox"/> Extraktion planen*
	<input type="checkbox"/> Chirurgischen Fall planen*	<input type="checkbox"/> Bite Ramps einbeziehen	<input type="checkbox"/> Seitenzahn- Distalisation	<input type="checkbox"/> Chirurgischen Fall planen*
			<input type="checkbox"/> Extraktion planen*	

OK-Mittellinie beibehalten verbessern korrigieren (links / rechts) um _____ mm

UK-Mittellinie beibehalten verbessern korrigieren (links / rechts) um _____ mm

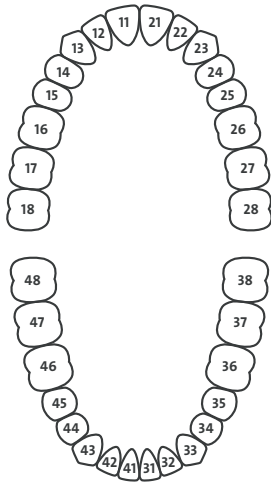
Fallnummer:

480.126_de_01

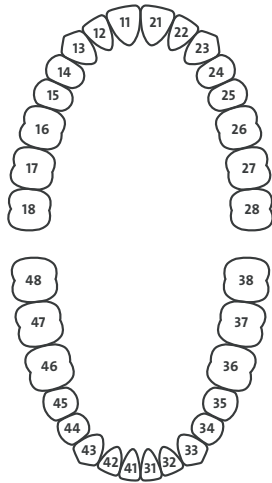
Nur für den internen Praxisgebrauch – dieses Formular nicht einreichen

Anweisungen

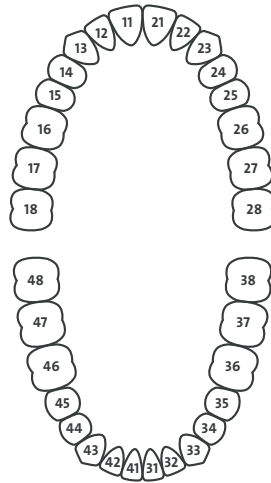
Diese Zähne nicht bewegen
(Brücken, ankylosierte Zähne usw.)



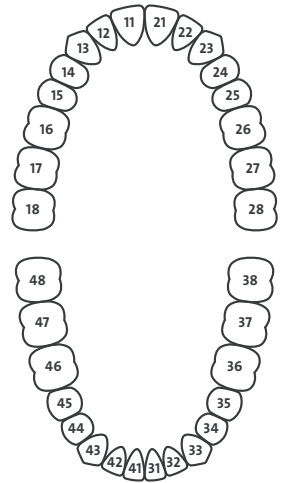
**Diese Zähne werden vor der
Behandlung extrahiert**



Attachments vermeiden
(faziale Versorgungen usw.)



Diese Lücken offen lassen

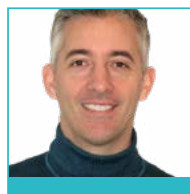


Zusätzliche Anweisungen

Klinische Fotos



1. Gesicht frontal
(nicht lächeln)

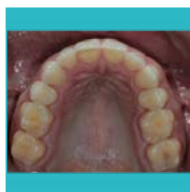


2. Gesicht frontal
(lächeln)

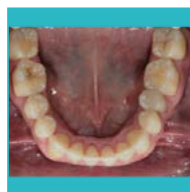


3. Profil
(nicht lächeln)

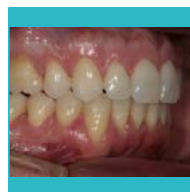
Tipp: Scans und Abdrücke prüfen,
solange der Patient in der Praxis ist.



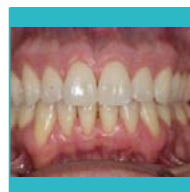
4. Okklusal OK



5. Okklusal UK



6. Okklusion rechts



7. Okklusion frontal



8. Okklusion links