

Bestellformular

Planung

Restauration

Zahnarzt:

Patient:

Behandlungsplan: 1 2 3

Klinischer Befund beigelegt: Ja Nein

Ästhetische Anforderung: hoch mittel niedrig

Funktionsdiagnostik beigelegt: Ja Nein

Implantatpass/-Information beigelegt: Ja Nein

Zahnfarbe:

Foto mit Farbschlüssel

Vom Zahntechniker zu ermitteln

Zahnfarbe: _____

Verfärbte Zahnsubstanz bei: _____

Bißregistrat:

Kieferrelationsbestimmung

Zentrikregistrat

Gesichtsbogen

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Bitte markieren Sie Okklusionskontakte mit Shimstock-Folie nach der Zahnpräparation mit „x“

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte nutzen Sie folgende Abkürzungen, um Ihre Bestellung zu spezifizieren:

PZ Verblendetes Zirkoniumoxid
MZ Monolithisches Zirkoniumoxid
IP Implantatrestauration
V Veneer

GC Glasskeramik-Krone
GO Glasskeramik-Onlay
GI Glasskeramik-Inlay
WU Wax-up

PM VMK Krone
BS Brückenglied
PR Temporäre Versorgung
MU Mock-up

Abformmaterial: Polyether VPS Alginate Andere: _____ Datum Abformung: _____

Abformung desinfiziert: Ja Nein Digitale Abformung und Patienten ID: _____

Weitere Abstimmung notwendig: Ja Nein _____

Notizen

Datum und Unterschrift: