

NUR FÜR DEN INTERNEN PRAXISGEBRAUCH · DIESES FORMULAR NICHT EINREICHEN

Dieses optionale Arbeitsformular kann zur Vorbereitung einer Falleinreichung bei dr.clearcorrect.com verwendet werden.

GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN

Datum _____

Name des Behandlers _____

Name des Patienten _____

Geschlecht des Patienten Männlich Weiblich

Geburtsdatum des Patienten ____ / ____ / ____

Dauer Empfehlung Beschränkung auf ____ Schritte

AKTUELLE SITUATION

Hauptbeschwerde:

Obere Mittellinie

- zentriert
- nach rechts verschoben ____ mm
- nach links verschoben ____ mm

Untere Mittellinie

- zentriert
- nach rechts verschoben ____ mm
- nach links verschoben ____ mm

Eckzahnrelation

- rechts: Klasse ____
- links: Klasse ____

Molarenrelation

- rechts: Klasse ____
- links: Klasse ____

ANWEISUNGEN Standardoptionen sind in blaugrün hervorgehoben

Zahnbögen behandeln

OK UK

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Obere Mittellinie | <input type="radio"/> beibehalten | <input type="radio"/> verbessern | <input type="radio"/> idealisieren |
| Untere Mittellinie | <input type="radio"/> beibehalten | <input type="radio"/> verbessern | <input type="radio"/> idealisieren |
| Overjet | <input type="radio"/> beibehalten | <input type="radio"/> verbessern | <input type="radio"/> idealisieren |
| Overbite | <input type="radio"/> beibehalten | <input type="radio"/> verbessern | <input type="radio"/> idealisieren |
| Zahnbogenform | <input type="radio"/> beibehalten | <input type="radio"/> verbessern | <input type="radio"/> idealisieren |
| Eckzahnrelation | <input type="radio"/> beibehalten | <input type="radio"/> verbessern | <input type="radio"/> idealisieren |

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Molarenrelation | <input type="radio"/> beibehalten | <input type="radio"/> verbessern | <input type="radio"/> idealisieren |
| Posteriorer Kreuzbiss | <input type="radio"/> beibehalten | <input type="radio"/> verbessern | <input type="radio"/> idealisieren |

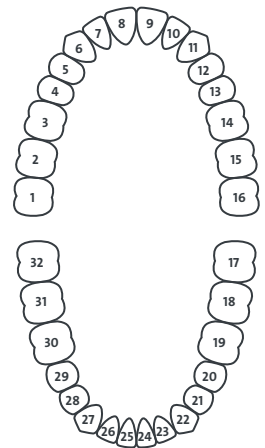
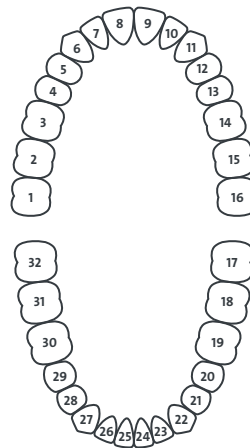
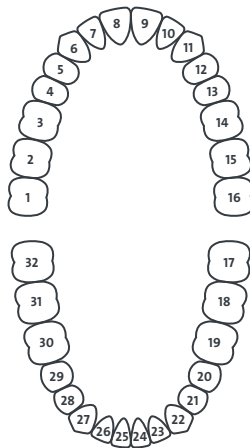
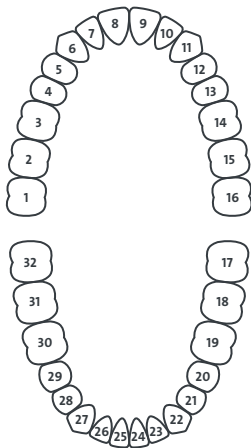
- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| ASR | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nur falls erforderlich |
| Attachments | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nur falls erforderlich |
| Proklinieren | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nur falls erforderlich |
| Expandieren | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nur falls erforderlich |
| Distalisieren | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nur falls erforderlich |

Attachments auf diesen Zähnen vermeiden
(faziale Versorgungen usw.)

Ich werde diese Zähne extrahieren
vor der Behandlung

Diese Lücken offen lassen

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



Andere Anweisungen: