

Investitionsplanung (KVA) und Terminplanung

Praxisstempel: Auftraggeber/in: Datum: Beleg-Nr.:	Herr / Frau (Bitte in Druckbuchstaben) Nachname _____ Vorname _____ Pat.-Nr. _____ Alter _____ Bitte Befund und Versorgungsarten eintragen! ausführen nach KVA Auftrag-Nr.: _____	<h2 style="margin: 0;">KIMMEL</h2> <h3 style="margin: 0;">ZAHNTECHNIK</h3> <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kasse</td> <td><input type="checkbox"/> Privat</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Regelversorgung</td> <td><input type="checkbox"/> Gleichartig</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Härtefall</td> <td><input type="checkbox"/> Andersartig</td> </tr> </table> Ausführung: <input type="checkbox"/> Z-ART Design® <input type="checkbox"/> CLASSIC (STANDARD) <input type="checkbox"/> SympaDent®	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Regelversorgung	<input type="checkbox"/> Gleichartig	<input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> Andersartig
<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat							
<input type="checkbox"/> Regelversorgung	<input type="checkbox"/> Gleichartig							
<input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> Andersartig							

Therapieplan																	Zahnfarbe:
Regelversorgung																	Stumpffarbe:
Provisorium																	individ. Schichtung:
Befund																	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Okklusionsprotokoll	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	individ. Bemalung:
Shimstockfolie +/-	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befund																	<input type="checkbox"/> Farbnahme/Fotos: (s. indiv. Farbanalyse)
Provisorium																	<input type="checkbox"/> im Labor
Regelversorgung																	<input type="checkbox"/> in Praxis
Therapieplan																	

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| K / B = Krone / Brückenglied
M = vollverblendet
V = vestibulär oder teilverblendet
I = Inlay (1,2,3,mehr-flächig) | Z = Zirkon verblendet
VZ = Voll-Zirkon (vollanatomisch)
LC = Lithium-(Di-)Silikat CAD
LP = Lithium-(Di-)Silikat PRESS | PK = Teilkrone / Veneer
A = Adhäsivbrücke(Anker,Flügel)
St = Stiftaufbau
S = Implantatgetragende Suprastruktur | T = Teleskopkrone
O = Geschiebe /Steg
R = Wurzelstiftkappe
H = Halte /Stützvorrichtung | E = Zahn ersetzen
- = Verblockung
)(= Lückenschluss
ww = wurzelbehandelt |
|--|--|---|---|--|

AV, Planung & Prothetik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kombiarbeit auf 1. indiv. Abformung <input type="checkbox"/> Reiseprothese (Duplikatprothese Kst.) <input type="checkbox"/> Systemaufstellung / Indiv. Zahnfleisch <input type="checkbox"/> Zentrik-Registerraträger (Kst.) <input type="checkbox"/> Gegenkiefer / Kauebene idealisieren <input type="checkbox"/> Schienentherapie / Bisshebung <input type="checkbox"/> Pfeilwinkel-Registret <input type="checkbox"/> Implantatplanung <input type="checkbox"/> Staub Cranial Prothetikanalyse AB = ____ BC = ____ BCI = ____	Modellguss + Reparaturen <div style="text-align: center;"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ohne MG <input type="checkbox"/> Gaumenfrei <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Coverdenture vest.-offen/geschl. <input type="checkbox"/> Klammer gegos. <input type="checkbox"/> Retention gegos. <input type="checkbox"/> Netzeinlage gegos. 	Kronen / Brücke / Implantat <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wax-Up <input type="checkbox"/> Mock-Up <input type="checkbox"/> Langzeitprovisorium <input type="checkbox"/> CAD / CAM Brücke / Steg <input type="checkbox"/> Suprastruktur verschraubt <input type="checkbox"/> Suprastruktur zementiert Implantat: Abutment <input type="checkbox"/> indiv. <input type="checkbox"/> konf. <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Materialangaben <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hochgold <input type="checkbox"/> Spargold <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Galvano <input type="checkbox"/> Zirkon <input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> PEEK <input type="checkbox"/> Hybrid-Keramik Lithium-(Di-)Silikat <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> PRESS <input type="checkbox"/> Abutment: Geschiebe: <input type="checkbox"/> Friktionshilfe (komfort)
---	---	---	--

<input type="checkbox"/> Bitte Rücksprache mit	TERMINE <input type="checkbox"/> siehe Voranmeldung Bitte alle geplanten Termine eintragen! (siehe Labor-Terminliste) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Arbeitsschritt</th> <th style="width: 30%;">Datum</th> <th style="width: 40%;">Uhrzeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Modelle / Planung</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Farbauswahl Prothetikbesprechung</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Indiv. Löffel offen / geschlossen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. Bissregistret</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. Aufstellung/ Ästhetikanprobe</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. Gerüstanprobe</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. Rohbrand / Gesamtanprobe</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. Fertigstellung</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Arbeitsschritt	Datum	Uhrzeit	1. Modelle / Planung			2. Farbauswahl Prothetikbesprechung			3. Indiv. Löffel offen / geschlossen			4. Bissregistret			5. Aufstellung/ Ästhetikanprobe			6. Gerüstanprobe			7. Rohbrand / Gesamtanprobe			8. Fertigstellung		
Arbeitsschritt	Datum	Uhrzeit																										
1. Modelle / Planung																												
2. Farbauswahl Prothetikbesprechung																												
3. Indiv. Löffel offen / geschlossen																												
4. Bissregistret																												
5. Aufstellung/ Ästhetikanprobe																												
6. Gerüstanprobe																												
7. Rohbrand / Gesamtanprobe																												
8. Fertigstellung																												
Arbeitsunterlagen <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 30%;"> Abformung OK..... UK..... Situmodelle OK..... UK..... Arbeitsmodelle OK..... UK..... <input type="checkbox"/> Zentrikregistret <input type="checkbox"/> P-Registret <input type="checkbox"/> Gerüst/Prothese OK..... UK..... Desinfiziert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </td> <td style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> GB Ü-Tisch/Gelenk:..... <input type="checkbox"/> FAL / Okkl. Protokoll:..... <input type="checkbox"/> Röntgendaten / DVT <input type="checkbox"/> Allergiepass <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> per email <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 40%;"> Implantatteile <input type="checkbox"/> OP-Protokoll <input type="checkbox"/> Abd.-Pfosten <input type="checkbox"/> Schrauben <input type="checkbox"/> Abutments <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	Abformung OK..... UK..... Situmodelle OK..... UK..... Arbeitsmodelle OK..... UK..... <input type="checkbox"/> Zentrikregistret <input type="checkbox"/> P-Registret <input type="checkbox"/> Gerüst/Prothese OK..... UK..... Desinfiziert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> GB Ü-Tisch/Gelenk:..... <input type="checkbox"/> FAL / Okkl. Protokoll:..... <input type="checkbox"/> Röntgendaten / DVT <input type="checkbox"/> Allergiepass <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> per email <input type="checkbox"/>	Implantatteile <input type="checkbox"/> OP-Protokoll <input type="checkbox"/> Abd.-Pfosten <input type="checkbox"/> Schrauben <input type="checkbox"/> Abutments <input type="checkbox"/>	Unterschrift Auftraggeber/in																								
Abformung OK..... UK..... Situmodelle OK..... UK..... Arbeitsmodelle OK..... UK..... <input type="checkbox"/> Zentrikregistret <input type="checkbox"/> P-Registret <input type="checkbox"/> Gerüst/Prothese OK..... UK..... Desinfiziert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> GB Ü-Tisch/Gelenk:..... <input type="checkbox"/> FAL / Okkl. Protokoll:..... <input type="checkbox"/> Röntgendaten / DVT <input type="checkbox"/> Allergiepass <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> per email <input type="checkbox"/>	Implantatteile <input type="checkbox"/> OP-Protokoll <input type="checkbox"/> Abd.-Pfosten <input type="checkbox"/> Schrauben <input type="checkbox"/> Abutments <input type="checkbox"/>																										

Ansprechpartner Labor:
 Auftragsprüfung Labor am von Nach KVA-Nr.

