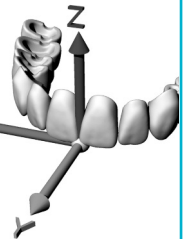




Baltic Denture System Checkliste

Allgemeine Daten	Patient/in <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ Vorname _____ Nachname _____	Praxis (Stempel) Datum
	Zahnfarbe ^{BDLoad®} : <input type="checkbox"/> A2 ^{light} <input type="checkbox"/> A3 ^{light} <input type="checkbox"/> B2 verwendeter ^{BDKEY®} : <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L Liefertermin: _____ oder nächster Patiententermin: _____	Labor (Stempel) Datum
^{BDKEY®} Check	1. Foto ^{BDKEY®} Plane frontal 2. Foto ^{BDKEY®} Plane rechte Seite 3. Foto ^{BDKEY®} Plane linke Seite	<input type="checkbox"/> Fotos zugestellt per Email <input type="checkbox"/> Fotos zugestellt per Ausdruck <input type="checkbox"/> Fotos zugestellt per USB Stick / Speicherkarte
Arbeitsunterlagen geliefert	<input type="checkbox"/> Funktionslöffel <input type="checkbox"/> ^{BDKEY®} Größe S/M/L <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<u>optional:</u> <input type="checkbox"/> Situationsmodell <input type="checkbox"/> Situationsmodell der vorherigen Prothese (falls vorhanden)
Optionale Korrekturen der Lage	Korrektur der Gesichtsmitte (X) um _____ mm Korrektur Lippenunterfütterung (Y) um _____ mm Korrektur Sichtbarkeit der Zahnreihe (Z) um _____ mm	<input type="checkbox"/> Patient rechts <input type="checkbox"/> Patient links <input type="checkbox"/> anterior <input type="checkbox"/> posterior <input type="checkbox"/> cranial <input type="checkbox"/> caudal
Prothesenkörpergestaltung	<input type="checkbox"/> anatomische Gestaltung <input type="checkbox"/> ausgeprägter Funktionsrand	<input type="checkbox"/> Sublingualrolle <input type="checkbox"/> glatte Gestaltung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Zusätzliche Informationen	_____ _____	



1092113 / 11-2015 / 01