



# Baltic Denture System Checkliste

Allgemeine Daten	Patient/in <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	Praxis (Stempel)
	Vorname _____	Datum _____
	Nachname _____	Labor (Stempel)
	Zahnfarbe <sup>BD</sup> Load®: <input type="checkbox"/> A2 light <input type="checkbox"/> A3 light <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> * .....	verwendeter <sup>BD</sup> KEY®: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
	<small>*Weitere klassische Zahnfarben A-D und BL1-BL4 sind verfügbar, benötigen aber momentan längere Lieferzeiten.</small>	
		Datum _____
Optionale Korrekturen der Lage	Korrektur der Gesichtsmitte (X) um _____, _____ mm <input type="checkbox"/> Patient rechts <input type="checkbox"/> Patient links	
	Korrektur Lippenunterfütterung (Y) um _____, _____ mm <input type="checkbox"/> anterior <input type="checkbox"/> posterior	
	Korrektur Sichtbarkeit der Zahnreihe (Z) um _____, _____ mm <input type="checkbox"/> cranial <input type="checkbox"/> caudal	
Prothesenkörpergestaltung	<input type="checkbox"/> anatomische Gestaltung <input type="checkbox"/> Sublingualrolle <input type="checkbox"/> glatte Gestaltung	
	<input type="checkbox"/> ausgeprägter Funktionsrand <input type="checkbox"/> sonstige _____	
Fotos	Foto: Patient mit <sup>BD</sup> KEY® Frontalansicht	Foto: Patient mit <sup>BD</sup> KEY® Profilansicht
	<input type="checkbox"/> Fotos zugestellt per Email /Ausdruck/USB Stick/Speicherkarte	
Zusätzliche Informationen	_____	
		Liefertermin: _____

1092113 / 02-2017 / 02

