# Baltic Denture System Checkliste

**Allgemeine Daten**

Patient/in ❑ ♂ ❑ ♀

Vorname _____

Nachname _____

verwendeter BDKEY®: ❑ S ❑ M ❑ L

Praxis (Stempel)

Datum

Labor (Stempel)

Datum

**Bitte benutzen Sie für diesen Patienten:**

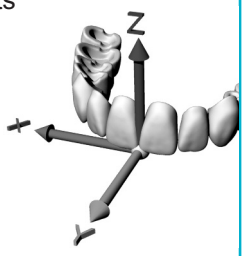
- BDLoad® type: ❑ BDLoad® (4-schichtige Frontzähne, 3-schichtige Seitenzähne) ❑ BDLoad® ECO (monochrome Frontzähne, monochrome Seitenzähne)
- Zähne in klassischer V-Farbe: .....
- Prothesenbasis in Farbe: ❑ pink ❑ dark pink

**Optionale Korrekturen der Lage**

Korrektur der Gesichtsmitte (X) um ____,____ mm ❑ Patient rechts ❑ Patient links

Korrektur Lippenunterfütterung (Y) um ____,____ mm ❑ anterior ❑ posterior

Korrektur Sichtbarkeit der Zahnreihe (Z) um ____,____ mm ❑ cranial ❑ caudal




**Prothesenkörper-gestaltung**

❑ anatomische Gestaltung ❑ Sublingualrolle ❑ glatte Gestaltung

❑ ausgeprägter Funktionsrand ❑ sonstige _____

**Fotos**

Foto: Patient mit BDKEY® Frontalansicht

Foto: Patient mit BDKEY® Profilansicht

❑ Fotos zugestellt per Email /Ausdruck/USB Stick/Speicherkarte

**Zusätzliche Informationen**

Liefertermin: _____

1092113 / 10-2018 / 03



Merz Dental GmbH Eetzweg 20 · 24321 Lütjenburg, Germany · Tel +49 (0) 4381/403-0

MERZ DENTAL