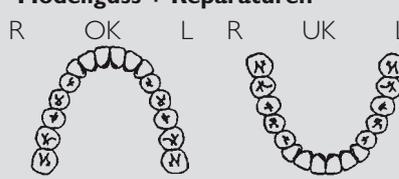


# Investitionsplanung (KVA) und Terminplanung

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bitte Rücksprache mit .....	<b>TERMINE</b> <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																												
<b>Arbeitsunterlagen</b> <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                              .....                         </td> <td style="width: 40%;"> <b>Implantatteile</b>  <input type="checkbox"/> OP-Protokoll  <input type="checkbox"/> Abd.-Pfosten  <input type="checkbox"/> Schrauben  <input type="checkbox"/> Abutments                              .....                         </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 .....	<b>Implantatteile</b> <input type="checkbox"/> OP-Protokoll <input type="checkbox"/> Abd.-Pfosten <input type="checkbox"/> Schrauben <input type="checkbox"/> Abutments .....	<b>Unterschrift Auftraggeber/in</b> .....																								
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 .....	<b>Implantatteile</b> <input type="checkbox"/> OP-Protokoll <input type="checkbox"/> Abd.-Pfosten <input type="checkbox"/> Schrauben <input type="checkbox"/> Abutments .....																										

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