

# Investitionsplanung (KVA) / Terminanmeldung - bitte per Fax an 02241-1261651

Praxisstempel:   Behandler: .....	Name (in Druckbuchstaben) Herr/Frau  Alter <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat	
Auftragsnummer	Datum	<input type="checkbox"/> BASIC (Kasse) <input type="checkbox"/> CLASSIC (Privat Standard) <input type="checkbox"/> DESIGN (Privat Individuell)

Wir bitten um eine Prothetische Planung / Investitionsplan (KVA) am .....

Therapieplan																	Zahnfarbe: .....
Regelversorgung																	Stumpffarbe: .....
Provisorium																	indiv. Schichtung:
Bemerkung / Befund																	<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>	indiv. Bemalung:
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>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkung / Befund																	<input type="checkbox"/> Farbnahme/Fotos: (s. indiv. Farbanalyse)
Provisorium																	<input type="checkbox"/> im Labor (Service)
Regelversorgung																	<input type="checkbox"/> in Praxis (Aufpreis)
Therapieplan																	

KM / BM = Krone vollverbl. / Brückenglied vollverbl.	V = Veneer/Kantenaufbau	TV = Teleskop vollverbl.	ex = Extrahieren
KV = Krone vestibulär verbl.	S = Implantatragende Suprastruktur	O = Geschiebe	) ( = Lückenschluss
I/K/IC = Inlay/Keramik/Composit	R = Wurzelstiftkappe/Anker	A = Adhasivbrücke/Maryland	w = wurzelbehandelt
ST = Stiftaufbau	PK = Teilkrone/Onlay	- = Verblockung	

<b>AV, Planung &amp; Prothetik</b> <input type="checkbox"/> Kombiarbeit auf 1. indiv. Abformung <input type="checkbox"/> Reiseprothese (Duplikatprothese Kst.) <input type="checkbox"/> Systemaufstellung / Indiv. Zahnfleisch <input type="checkbox"/> Artikulator Registrat <input type="checkbox"/> Gegenkiefer / Kauebene idealisieren <input type="checkbox"/> Schienentherapie / Bisshebung <input type="checkbox"/> Röntgen-/Implantatschablone <input type="checkbox"/> 3-D Implantatplanung <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<b>Modellguss + Reparaturen</b> <div style="text-align: center;"> </div> <input type="checkbox"/> ohne MG <input type="checkbox"/> gegos. Klammer <input type="checkbox"/> Gaumenfrei <input type="checkbox"/> gegos. Retention <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Netzeinlage <input type="checkbox"/> Coverdenture <input type="checkbox"/> .....	<b>Kronen / Brücke / Implantat</b> <input type="checkbox"/> Wax-Up <input type="checkbox"/> Mock-Up <input type="checkbox"/> Langzeitprovisorium <input type="checkbox"/> Metallverstärkt / Komposit <input type="checkbox"/> CAD / CAM Brücke / Steg <input type="checkbox"/> Suprastruktur verschraubt <input type="checkbox"/> Suprastruktur zementiert <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... .....	<b>Materialangaben</b> <input type="checkbox"/> Hochgold <input type="checkbox"/> Spargold <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Galvano <input type="checkbox"/> Zirkon <input type="checkbox"/> Lithium-Disilikat CAD/PRESS <input type="checkbox"/> ..... Implantat: ..... Abutment: ..... Geschiebe: .....
--	--	---	--

<input type="checkbox"/> Bitte Rücksprache mit ..... siehe auch Notizen Rückseite	<b>Voranmeldung Termine</b> Bitte alle geplanten Termine eintragen! (siehe Arbeitstage Labor)																											
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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. Farbe / Beratung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Indiv. Löffel</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Bissregistrat</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Ästhetikanprobe</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Gerüstanprobe</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Rohbrand</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. Farbe / Beratung			3. Indiv. Löffel			4. Bissregistrat			5. Ästhetikanprobe			6. Gerüstanprobe			7. Rohbrand			8. Fertigstellung		
Arbeitsschritt	Datum	Uhrzeit																										
1. Modelle / Planung																												
2. Farbe / Beratung																												
3. Indiv. Löffel																												
4. Bissregistrat																												
5. Ästhetikanprobe																												
6. Gerüstanprobe																												
7. Rohbrand																												
8. Fertigstellung																												
<input type="checkbox"/> Nächste Arbeitsschritte auf Arbeitsbegleitschein (Rückseite) ergänzen!																												
<b>Arbeitsunterlagen</b> Abformung        OK..... UK..... Situmodelle        OK..... UK..... Arbeitsmodelle    OK..... UK..... <input type="checkbox"/> Zentrikregistrat <input type="checkbox"/> P-Registrat Gerüst            OK..... UK..... Desinfiziert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesichtsbogen <input type="checkbox"/> FAL / Okklusions Protokoll <input type="checkbox"/> Röntgendaten / DVT (CD / USB-Stick) <input type="checkbox"/> Allergietest/-pass <input type="checkbox"/> Fotos Sonstiges: .....																											
<b>Ansprechpartner Labor:</b> ..... Auftragsprüfung Labor am ..... von ..... Nach KVA vom .....	<b>Unterschrift Behandler</b> .....																											