

Klinik:	Datum:		
Zahnarzt:	Patient:		
	Geschlecht:	Alter:	

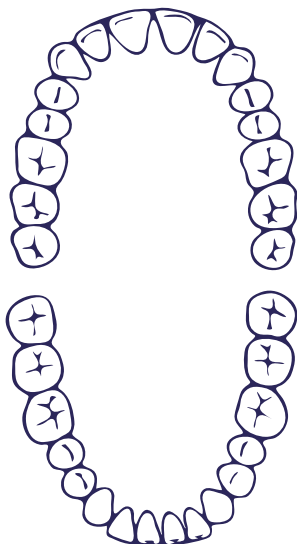
Behandlungsgrund:

Funktionalität / Biss: Ästhetik:

Der Patient möchte beide Kiefer ausrichten	<input type="checkbox"/>
Der Patient möchte hauptsächlich den Oberkiefer ausrichten, aber beide können bei Bedarf angepasst werden	<input type="checkbox"/>
Der Patient möchte hauptsächlich den Unterkiefer ausrichten, aber beide können bei Bedarf angepasst werden	<input type="checkbox"/>
Der Patient möchte nur den Oberkiefer ausrichten	<input type="checkbox"/>
Der Patient möchte nur den Unterkiefer ausrichten	<input type="checkbox"/>

Spezielle Vorbedingungen im Zusammenhang mit der Behandlung:

Implantat	<input type="checkbox"/>	Krone	<input type="checkbox"/>	Brücke	<input type="checkbox"/>	Paradontal	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------



Anleitung für das Design:

(Option: Markieren Sie auf der Abbildung links)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Unterschrift: