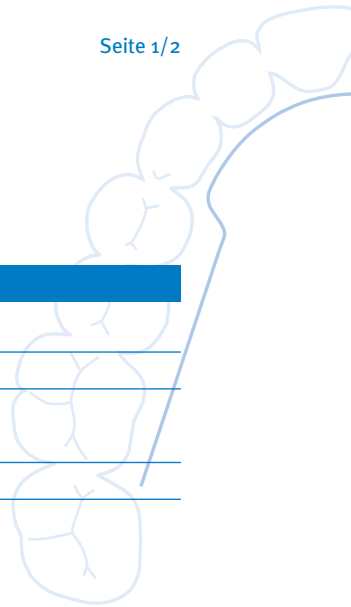


Am Borsigturm 27 | 13507 Berlin | info@halbich-lingual.de | www.halbich-lingual.de
 Telefon 030 | 618 22 98 | Fax 030 | 618 71 10 | Mobil 0151 | 727 48 180



Auftrag

Von [Praxisstempel]

Für Patient

Geplanter Termin*:

Datum _____ Uhrzeit _____

[*ca. 3 Wochen nach Abformung]

Therapieplanung

Behandlung	lingual	vestibulär	nur Set-up	keine
Oberkiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbehandlung?	<input type="checkbox"/> OK		<input type="checkbox"/> UK	
Brackets	_____ _____			
Therapieplan:	<input type="checkbox"/> liegt als Kopie bei			
Neuer Zahnersatz geplant?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Ideales Set-up?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Extraktion	_____ _____			
ASR (Strippen)	_____ _____			
Zähne die in ihrer Position nicht verändert werden	_____ _____			

Lücke/Zahnverbreiterung	_____ _____
protrudieren	_____ _____

Transversale Expansion

Oberkiefer	<input type="checkbox"/> Anterior bis _____	mm
	<input type="checkbox"/> Posterior bis _____	mm
Unterkiefer (Aufrichten)	<input type="checkbox"/> Anterior bis _____	mm
	<input type="checkbox"/> Posterior bis _____	mm

Mittellinienkorrektur

Oberkiefer	<input type="checkbox"/> nach rechts	mm
	<input type="checkbox"/> nach links	mm
Unterkiefer	<input type="checkbox"/> nach rechts	mm
	<input type="checkbox"/> nach links	mm

Bolton-Diskrepanz? ja nein

Stufe belassen falls Zahnbreite

im Oberkiefer vergrößert ja nein

ASR (Strippen) _____ | _____

Artistik _____ | _____

Lücke/Zahnverbreiterung _____ | _____

andere _____

Frontzahntorque

Überkorrektur gewünscht? ja nein

Verankerung

TPA _____ | _____

Nance _____ | _____

Implantat _____ | _____

andere _____

ACHTUNG!
Tray- Auswahl
beachten



Service und Kontakt

Set-up zur Ansicht bitte zuschicken! ja nein

Rückruf erbeten? ja nein

Digitale Aufnahmen vom Set-up per E-Mail senden? ja nein E-Mail: _____

Bracketauswahl

Hersteller		Inzisivi		Prämolaren		Molaren		
		OK	UK	OK	UK	OK	UK	
Adenta	Evolution SLT							
	Joy							
Ormco	7th Generation							<input type="checkbox"/> 1.Molar Twin <input type="checkbox"/> Twin with transpalatinal sheath <input type="checkbox"/> 2.Molar Hinge cap <input type="checkbox"/> 3.Molar Terminal tube
	STB							
GAC-Innovation L								
Dentaurum Magic								

Bracketübertragung

Bitte treffen Sie Ihre Auswahl.

Pure-Käppchen Wing-Käppchen mit roten Verbreiterungen

Pure-Käppchen im **Single-Tray**

Pure-Käppchen im **Double-Tray**

Behandlungsbögen

		Oberkiefer		Unterkiefer	
Thermo- elastisch (Ultratherm)	.012	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	.014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	.016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	16 x 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	16 x 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	17 x 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Niti	.014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		Oberkiefer		Unterkiefer	
ß-Titan (CNA)	16 x 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	16 x 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	17 x 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stahl	.016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	16 x 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	16 x 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	18 x 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		