

ÄSTHETIK-PROTOKOLL

Untersucher _____ Datum ____ / ____ / ____

Patient/in _____ Alter _____



FOTO DES PATIENTEN ODER DER PATIENTIN



FOTO DES PATIENTEN ODER DER PATIENTIN



FOTO DES PATIENTEN ODER DER PATIENTIN

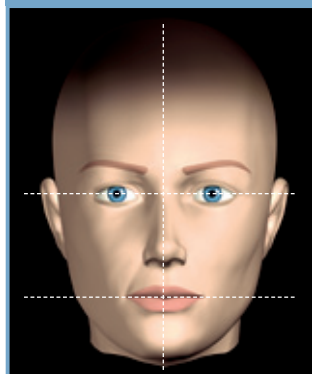
Ästhetische Selbstbewertung

Wünsche und Erwartungen

Präferenzen Weiße, korrekt angeordnete Zähne _____ Leicht unregelmäßige Zähne _____

Aufzeichnungen von früher: Aufnahme des Lachens Ja Nein **Arbeitsmodelle** Ja Nein **Röntgenaufnahmen** Ja Nein

FAZIALE ANALYSE



Pupillenlinie relativ zur Horizontalen

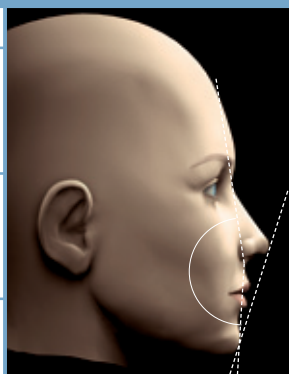
Parallel Schief Re _____
 Li _____

Kommissurenlinie relativ zur Horizontalen

Parallel Schief Re _____
 Li _____

Faziale Mittellinie

Zentral Dezentral Re _____
 Li _____



Profil

Normal
 Konvex
 Konkav

E-Linie

OK _____ mm UK _____ mm

Lippen

Dick
 Mittelstark
 Dünn

Anmerkungen _____

DENTOLABIALE ANALYSE

RUHENDE LIPPEN

SICHTBARKEIT DER ZÄHNE BEI RUHENDEN LIPPEN

4



Zutreffendes ankreuzen

A B C

OK _____ mm

UK _____ mm

LÄCHELN

SCHNEIDEKANTENWÖLBUNG RELATIV ZUR UNTERLIPPE

4



Konvex



Flach



Negativ



Berührungsaktiv
 Re
 Li



Berührungsfrei
Re _____ mm
Li _____ mm



Überdeckend
Re _____ mm
Li _____ mm

LÄCHELVERLAUF

4



Durchschnittlich



Niedrig



Hochsichtbarkeit der Gingiva
Re _____ mm
Li _____ mm

BREITE DES LÄCHELNS (ANZAHL DER SICHTBAREN ZÄHNE)

4



6-8



10



12-14

LABIALER KORRIDOR

4



Normal



Breit

Re _____ mm
Li _____ mm



Fehlt

OBERE INTERINZISALLINIE UND MITTELLINIE

4



Stimmen überein



Weichen ab
Re _____ mm



Weichen ab
Li _____ mm

OKKLUSIONSEBENE RELATIV ZUR KOMMISSURENLINIE BZW: HORIZONTALTEN

4



Parallel



Schiefelage
rechts



Schiefelage
links

Geben Sie an, welche Zähne wie zu verändern sind (+ = zu lang, - = zu kurz)


16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

PHONETISCHE ANALYSE

M

Interokklusaler Zwischenraum in Ruheposition _____ mm

Sichtbarkeit der Zähne
OK _____ mm UK _____ mm




I

Interlabialer Zwischenraum von oberer Zahnreihe ausgefüllt

≤ 80 % _____ %

> 80 % _____ %




F W

Schneidekantenprofil

Unterlippengrenze

Bukkal _____ mm

Lingual _____ mm




S

Bewegung des Unterkiefers

Vertikal Horizontal _____ mm

Abstand zwischen den Zahnreihen

_____ mm Fehlt



DENTALE ANALYSE

Auflistung der ästhetischen Veränderungen (natürlich bzw. iatrogen) im Laufe der Jahre

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

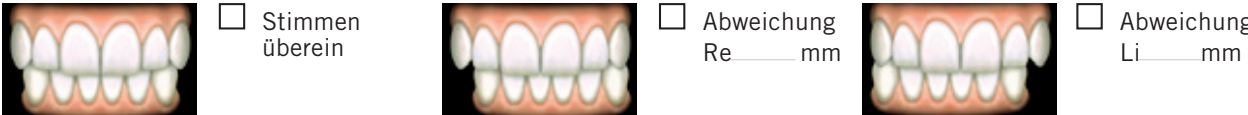
MAKIEREN SIE: O = restauriert, X = fehlt, A = abgerieben, D = verfärbt, E = extrudiert, F = frakturiert, R = rotiert

VERHÄLTNIS ZWISCHEN DER OBEREN UND UNTEREN INTERINZISALLINIE

Stimmen überein

Abweichung Re _____ mm

Abweichung Li _____ mm

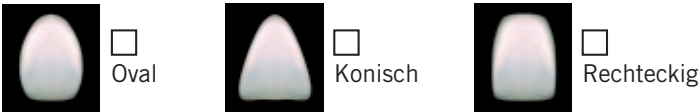


DENTALER FORMTYP

Oval

Konisch

Rechteckig

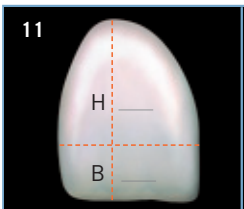
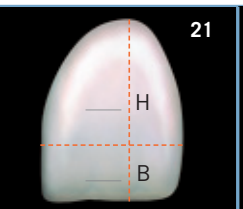
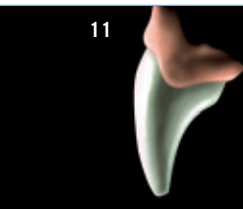



OBERFLÄCHENSTRUKTUR

Makrostruktur Nein Leicht Ausgeprägt

Mikrostruktur Nein Leicht Ausgeprägt

OBERE MITTLERE SCHNEIDEZÄHNE: FORM, KONTUR UND PROPORTIONEN



11	21	11	21
			
Verhältnis von 11 _____ % Beite zu Länge 21 _____ %		Profil 11 <input type="checkbox"/> Normal 11 <input type="checkbox"/> Bukkal 11 <input type="checkbox"/> Lingual	21 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/>

OKKLUSALE RELATIONEN

Dentale Klasse <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Vertikaler Überbiss _____ mm	Verhältnis zwischen den Zahnreihen <input type="checkbox"/> MIP <input type="checkbox"/> CO-CR
Horizontaler Überbiss _____ mm	Schneidezahnführung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Eckzahnführung Re <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Li <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

DENTALE ANALYSE	<p>KONTUR</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abweichend	 ILLUSTRATION ZUM EINZEICHNEN DER VORGEFUNDENEN ABWEICHUNGEN	<p>GINGIVASAUM</p> <input type="checkbox"/> Symmetrisch <input type="checkbox"/> Asymmetrisch	GINGIVALE ANALYSE
	<p>PROPORTIONEN</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abweichend		<p>SCHEITELPUNKTE</p> <input type="checkbox"/> Regelmäßig <input type="checkbox"/> Unregelmäßig	
DENTALE ANALYSE	<p>INTERINZISALE ZWISCHENRÄUME</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abweichend	 ILLUSTRATION ZUM EINZEICHNEN DER VORGEFUNDENEN ABWEICHUNGEN	<p>PAPILLEN</p> <input type="checkbox"/> Vorhanden <input type="checkbox"/> Fehlen	GINGIVALE ANALYSE
	<p>ZAHNACHSEN</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abweichend		<p>PARODONTALER BIOTYP</p> <input type="checkbox"/> Dick <input type="checkbox"/> Dünn	
DENTALE ANALYSE	<p>ANORDNUNG DER ZÄHNE</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Engstand <input type="checkbox"/> Diastemata		<p>PATHOLOGISCHE VERÄNDERUNGEN</p> <input type="checkbox"/> Gingivitis <input type="checkbox"/> Hypertrophie <input type="checkbox"/> Rezession	GINGIVALE ANALYSE
		<p>ZAHNLOSE KNOCHEN</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Verformt		

Anmerkungen _____

DENTALE ANALYSE	<p>KONTUR</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abweichend	 ILLUSTRATION ZUM EINZEICHNEN DER VORGEFUNDENEN ABWEICHUNGEN	<p>GINGIVASAUM</p> <input type="checkbox"/> Symmetrisch <input type="checkbox"/> Asymmetrisch	GINGIVALE ANALYSE
	<p>PROPORTIONEN</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abweichend		<p>PAPILLEN</p> <input type="checkbox"/> Vorhanden <input type="checkbox"/> Fehlen	
DENTALE ANALYSE	<p>ANORDNUNG DER ZÄHNE</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Engstand <input type="checkbox"/> Diastemata	 ILLUSTRATION ZUM EINZEICHNEN DER VORGEFUNDENEN ABWEICHUNGEN	<p>PARODONTALER BIOTYP</p> <input type="checkbox"/> Dick <input type="checkbox"/> Dünn	GINGIVALE ANALYSE
	<p>ZAHNACHSEN</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abweichend		<p>PATHOLOGISCHE VERÄNDERUNGEN</p> <input type="checkbox"/> Gingivitis <input type="checkbox"/> Hypertrophie <input type="checkbox"/> Rezession	
DENTALE ANALYSE	<p>SCHNEIDEKANTEN</p> <input type="checkbox"/> Regelmäßig <input type="checkbox"/> Unregelmäßig		<p>ZAHNLOSE KNOCHEN</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Verformt	GINGIVALE ANALYSE

Anmerkungen _____

LABORKARTE

Patient _____ Alter _____ Datum ____ / ____ / ____ weibl. männl.

ÄSTHETISCHER BEFUND






PATIENTENFOTO



PATIENTENFOTO



PATIENTENFOTO

- FOTOGRAFIEN** alt neu
- LACHLINIE** mittel tief hoch
- EINREIHUNG** ja nein
- ERSCHEINUNG** jugendlich erwachsen reif
- ZAHNTYP**  ovoid  triangulär  quadratisch
- TEXTUR** **makro** keine leicht markant **mikro** jugendlich erwachsen reif

OKKLUSIONSEBENE vs. KOMMISSURALLINIE - HORIZONTALE



parallel



geneigt r.
beibehalten
modifizieren



geneigt l.
beibehalten
modifizieren

MODIFIKATION + (VERLÄNGERN) - (KÜRZEN)

mm 16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	mm
mm 46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	mm

Bemerkung _____

ZAHNFARBE



Farbschema

- Vita 3D Master
- Ivoclar anderes _____

Spektrofotometer



- ja nein

Helligkeit

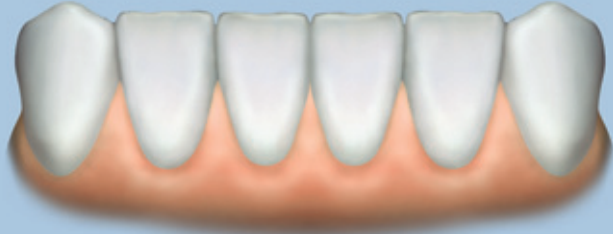

- hoch niedrig



Bemerkung _____

FORM	Modifikationen	POSITION
		
13 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
12 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
11 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
21 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
22 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
23 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____

Bemerkung _____

FORM	Modifikationen	POSITION
		
43 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
42 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
41 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
31 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
32 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____
33 länger/kürzer mm _____	breiter/schmäler mm _____	vestib./palat. mm _____

Bemerkung _____

OVERJET	Modifikationen	OVERBITE
	<input type="checkbox"/> bestätigt <input type="checkbox"/> verringern (mm) _____ <input type="checkbox"/> erhöhen (mm) _____	<input type="checkbox"/> bestätigt <input type="checkbox"/> verringern (mm) _____ <input type="checkbox"/> erhöhen (mm) _____
Bemerkung _____		

FUNKTIONSSTATUS

■ MODELLE

- alte Modelle UK OK
 Studienmodelle UK OK
 Modelle der Provisorien UK OK

■ OKKLUSALE REGISTRATE

- MI ZR Protrusion Laterotrusion

■ VERTIKALE DIMENSION

- unverändert erhöhen (mm) _____ OK (mm) _____ OK (mm) _____
 verringern (mm) _____ UK (mm) _____ UK (mm) _____

■ GESICHTSBOGEN

■ Referenzlinien

- arbiträr mechanisch Horizontale Bipupillare Kommissurale andere _____

■ EINSTELLUNG DER ARTIKULATORS

teiljustierbarer Artikulator

- Kondylenbahnneigung (Grad) _____ oder Protrusionsregistrar
 progressiver Bennett (Grad) _____ oder Laterotrusionsregistrar
 initialer Bennett (mm) _____

volljustierbarer Artikulator

- mechanischer Aufzeichnung
 elektronischer Aufzeichnung

■ DISKLUSIONSSCHEMA

- Inzisalführung Eckzahnführung Gruppenführung balancierte Okklusion

ABFORMUNG

Abgenommen am ___/___/___ Zeit ___:___ desinfiziert mit _____

■ Abformmaterial

ALGINAT

- OK UK

POLYETHER

- OK UK

ADD.-VERNETHZENDES SILIKON

- OK UK

POLYSULFAT

- OK UK

KOND.-VERNETHZENDES SILIKON

- OK UK

ANDERES _____

- OK UK

DOKUMENTATION

■ ANAMNESE DES PATIENTEN

- Infektionserkrankungen psychomotorische Probleme
 Allergien Bruxismus
 anderes

Bemerkung _____

■ ANLAGEN

- Dias/Fotos Ästhetikprotokoll andere _____

