

Kons – Füllungen Kunststoff

Behandler: _____

Assistenz: _____

Allgemeines: _____

Behandlungstermin zur Füllung: _____

Patient ist beschwerdefrei Schmerzen an Zahn: _____

Patient über das heutige Procedere und Risiken aufgeklärt

Patient ist mit der Behandlung einverstanden

MKV liegt unterschrieben vor

Zahn: _____

Vitalitätsprüfung: _____

Perk: _____ +/-

Zahn: _____ Anästhesie - OA _____ + I/L1 _____

unter relativer/absoluter Trockenlegung Kofferdam mit _____ von: _____

bis: _____/Watterollen

Zahn: _____ Karies exkaviert, mit CHX gereinigt

direkte/ indirekte Überkappung mit _____

Patient über Problematik nach Überkappung aufgeklärt bei Beschwerden evtl. Endo erforderlich
Automatrix/ Tofflemire/ Palodent Matrize angelegt, mit Keil abgedichtet
separieren, Papillenblutung gestillt, _____ usw.

Zahnflächenangabe: _____

Ätzel/Bonding mit Material _____

Okklusion überprüft mit Okklusionspapier

Füllung konturiert

Ausarbeitung und Politur der Füllung

_____ appliziert

über Verhalten nach Anästhesie aufgeklärt

Gründe für eine Faktorerhöhung: _____

Besonderheiten: _____

Next: _____