

## Kons – Füllungen Kunststoff - Kind

**Behandler:** \_\_\_\_\_

**Assistenz:** \_\_\_\_\_

**Allgemeines:** \_\_\_\_\_

Behandlungstermin zur Füllung: \_\_\_\_\_

Patient ist  beschwerdefrei  Schmerzen an Zahn: \_\_\_\_\_

Patient/ Erziehungsberechtigte/r über das heutige Procedere und Risiken aufgeklärt

Patient/ Erziehungsberechtigte/r ist mit der Behandlung einverstanden

MKV liegt unterschrieben vor

Zahn: \_\_\_\_\_

Vitalitätsprüfung: \_\_\_\_\_

Perk: \_\_\_\_\_ +/-

Zahn: \_\_\_\_\_ Anästhesie - OA \_\_\_\_\_ + I/L1 \_\_\_\_\_

Zahn: \_\_\_\_\_ Karies exkaviert, mit CHX gereinigt

direkte/ indirekte Überkappung mit \_\_\_\_\_

Patient/ Erziehungsberechtigte/r 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: \_\_\_\_\_ Füllung gelegt

Okklusion überprüft mit Okklusionspapier

Füllung konturiert

Ausarbeitung und Politur der Füllung

\_\_\_\_\_ appliziert

Patient/ Erziehungsberechtigte/r über Verhalten nach Anästhesie aufgeklärt

Gründe für eine Faktorerhöhung: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Next: