

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: _____