

Dokumentation zur Herstellung einer Interimsprothese

| Planung (vor der Prüfung!) | | Protokollierung (während der Prüfung) | | |
|-----------------------------------|----------------------|--|--------------------------|-------------------------------|
| Planungsschritt | (Stichworte!) | Zeit | Check | Änderung (Stichworte!) |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |

| Bewertung | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Bewertungskriterien: | | ja nein |
| Die Klammern liegen vollständig an der Zahnoberfläche an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Klammerspitzen liegt mind. 1mm entfernt vom Gingivasaum und der Interdentalpapille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeder Seitenzahn hat mindestens zwei zentrische Kontakte (Molar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei Laterotrusion diskludieren die Seitenzähne bei Führung über die Eckzähne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Prothese hat einen großflächigen Sattel beim Freieinde bzw. eine anatomische Form des Kieferkamms ersetzende kleine Form beim Schaltsattel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Kunststoffanteile sind perfekt hochglanzpoliert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Kunststoff ist werkstoffgerecht (insbesondere blasenfrei) verarbeitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn NEIN angekreuzt : Welche Korrekturen / Verbesserungen sind notwendig?

-
-
-
-
-
-
-

Erläuterungen

- **Planen** Sie Ihre Interimsprothese vor der Prüfung in Stichworten sorgfältig
- **Planen** Sie ungefähre Zeiten für die einzelnen Arbeitsschritte.
- **Protokollieren** Sie durch Ankreuzen bzw. Abhaken.
- **Protokollieren** Sie Abweichungen von Ihrer Planung in Stichworten.
- **Bewerten** Sie Ihre Interimsprothese anhand der aufgelisteten Kriterien.
- **Bewerten** Sie, ob die Interimsprothese wie hergestellt eingesetzt werden kann, oder ob Korrekturen notwendig wären.