

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

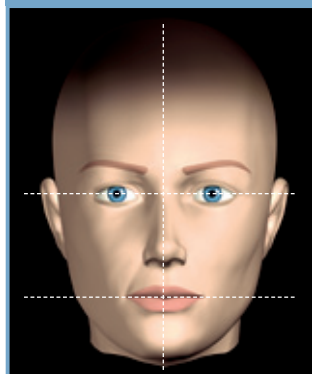
Ästhetische Selbstbewertung

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

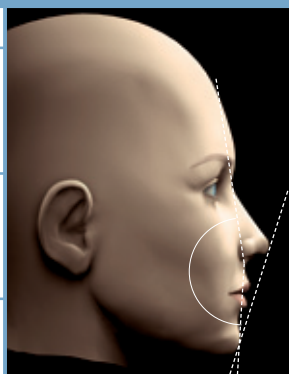
Parallel Schief Re _____
 Li _____

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



Schiefklage
rechts







Schiefklage
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

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">M</p>  <p>Interokklusaler Zwischenraum in Ruheposition _____ mm</p> <p>Sichtbarkeit der Zähne OK _____ mm UK _____ mm</p> | <p style="text-align: center;">I</p>  <p>Interlabialer Zwischenraum von oberer Zahnreihe ausgefüllt</p> <p><input type="checkbox"/> ≤ 80 % _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> > 80 % _____ %</p> |
| <p style="text-align: center;">F W</p>  <p>Schneidekantenprofil</p> <p><input type="checkbox"/> Unterlippengrenze</p> <p><input type="checkbox"/> Bukkal _____ mm</p> <p><input type="checkbox"/> Lingual _____ mm</p> | <p style="text-align: center;">S</p>  <p>Bewegung des Unterkiefers</p> <p><input type="checkbox"/> Vertikal <input type="checkbox"/> Horizontal _____ mm</p> <p>Abstand zwischen den Zahnreihen</p> <p><input type="checkbox"/> _____ mm <input type="checkbox"/> Fehlt</p> |




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

■ VERHÄLTNISS ZWISCHEN DER OBEREN UND UNTEREN INTERINZISALLINIE

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
|  | <input type="checkbox"/> Stimmen überein |  | <input type="checkbox"/> Abweichung Re _____ mm |  | <input type="checkbox"/> Abweichung Li _____ mm |
|--|--|--|---|---|---|

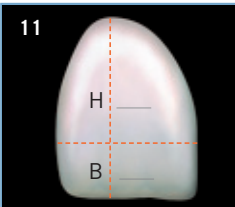
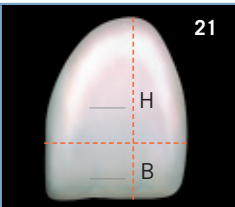
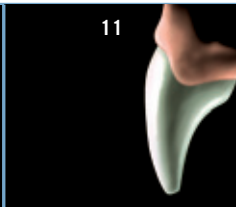
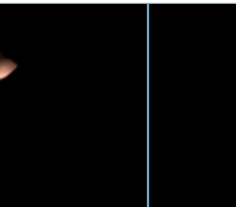
■ DENTALER FORMTYP

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---|----------------------------------|---|-------------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Oval |  | <input type="checkbox"/> Konisch |  | <input type="checkbox"/> Rechteckig |
|---|-------------------------------|---|----------------------------------|---|-------------------------------------|

■ OBERFLÄCHENSTRUKTUR

| | | | |
|----------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Makrostruktur | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Leicht | <input type="checkbox"/> Ausgeprägt |
| Mikrostruktur | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Leicht | <input type="checkbox"/> Ausgeprägt |

■ OBERE MITTLERE SCHNEIDEZÄHNE: FORM, KONTUR UND PROPORTIONEN



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

■ OKKLUSALE RELATIONEN

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

| | | | | |
|------------------------|---|--|--|--------------------------|
| 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 _____
