



Vorname, Name:

Name, Vorname

Fachgespräch am Datum

**ANAMNESTISCHE BESONDERHEITEN:**

---

---

**ZUSAMMENFASSUNG DER BEFUNDE / DIAGNOSTIK**

PSchA / ggf. zus. Röntgenbefunde: \_\_\_\_\_

---

---

Extraoraler Befund + Gesichtsprofil: \_\_\_\_\_

---

Intraoraler Befund (*Gebisszustand, Gingiva, Zunge, etc.*): \_\_\_\_\_

---

Funktionsbefund: \_\_\_\_\_

---

FRS-Analyse: \_\_\_\_\_

---

Modellanalyse:

OK: \_\_\_\_\_

---

UK: \_\_\_\_\_

---

Okkl.: *Seitenzähne (sagittal)*: \_\_\_\_\_

*Overbite + Overjet*: \_\_\_\_\_

*Seitenzähne (transversal)*: \_\_\_\_\_

Platzanalyse (falls relevant):

1. *Quadr.* \_\_\_\_\_ 2. *Quadr.*

4. *Quadr.* \_\_\_\_\_ 3. *Quadr.*



## PROBLEMLISTE

Hauptprobleme
1.
2.
3.
4.
5.

## ZEITLICHES THERAPEUTISCHES VORGEHEN (inkl. Reanalysen)

Behandlungsziele / Aufgaben	Therapiemaßnahmen / Apparaturen
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

MÖGLICHE ÄNDERUNGEN / ANMERKUNGEN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_