

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

## ■ Patient(in)

---

---

## ■ Zahnarztpraxis

---

---

### Wichtige Hinweise:

Ihre Prothese wurde gemäß Auftrag Ihres Zahnarztes von uns

repariert  erweitert  gesäubert (Zahnstein entfernt).

Bitte beachten Sie, dass wir nur eine provisorische Reparatur ausführen konnten, **da Alter und Zustand der Prothese** eine mit weitreichenden Garantieleistungen verbundene, professionelle Reparatur nicht mehr zulassen.

Eine materialtechnische Sichtkontrolle lässt darauf schließen, **dass Sie in Kürze mit weiteren Defekten an Ihrer Prothese rechnen müssen.** Die Kosten einer Reparatur stehen in einem ungünstigen Verhältnis zur Gebrauchstauglichkeit.

**Wir werden Ihnen diese provisorische Reparatur entgegenkommender Weise nicht in Rechnung stellen.** (evtl. Materialkosten werden berechnet)

### Feststellung:

Der Kunststoff an Ihrer Prothese ist porös/verfärbt, bzw. besteht aus verschiedenen Kunststoffen, die sich nicht eindeutig zuordnen lassen.

Prothesenrand ist defekt.

Die Halteelemente sind beschädigt

Die Prothesenzähne sind stark abgenutzt

Haarrisse in der Basis bzw. Spaltbildung an der Nahtstelle zwischen Metall und Kunststoff

Zähne bzw. Verblendung abgeplatzt bzw. verfärbt.

Anzeichen von Korrosion (Veränderung der Werkstoffe bzw. Materialien)

### mögliche Folgen:

Bruchgefahr, Einschlüsse von Bakterien, Bildung von Mundgeruch, Auslösung von Entzündungen und Allergien.

Die Prothese hat keine ausreichende Saugwirkung.

Schlechte Haltewirkung, evtl. werden gesunde Zähne durch Hebelkräfte unnötig belastet.

Ästhetik eingeschränkt, evtl. Schädigung der Kiefergelenke sowie Veränderungen der Gesichtszüge.

Bruchgefahr, Fehlbelastungen, Gefahr von Verlust der Prothesenzähne, Einschlüsse von Bakterien.

Ästhetik eingeschränkt, evtl. Bildung von Mundgeruch.

Evtl. bestehen Ursachen für galvanische Effekte, die sich negativ auf Ihre Gesundheit auswirken können.

### Bemerkungen:

---

---

Empfehlung  
des  
Dental-Labors:

Keine

Unsere Feststellungen sind so erheblich, dass Sie hierüber mit Ihrem Zahnarzt reden sollten.

Die Kontrolle wurde durchgeführt von:

\_\_\_\_\_ Dental-Labor Partner (Zahntechnikermeister)

\_\_\_\_\_ Ort, Datum