Dieses Formular dient der Beurteilung / Feedback von zahntechnischen Arbeiten.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Auftragsnummer / interne Nummer | Monat | Jahr | Lfd. Zählnummer |
|  |  |  |  |
| Herstellerangaben (Praxis o. Labor) |  | | |
| Verordnender Zahnarzt/ Zahnärztin |  | | |
| Patientendaten |  | | |
| Produktbezeichnung; welche ZT-Arbeit |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kriterium / Benotung** | **sehr gut** | **gut** | **ausreichend** | **schlecht** |
| Okklusion | □ | □ | □ | □ |
| Friktion | □ | □ | □ | □ |
| Approximalkontakte | □ | □ | □ | □ |
| Randschluss | □ | □ | □ | □ |
| Farbe | □ | □ | □ | □ |
| Form | □ | □ | □ | □ |
| Passgenauigkeit | □ | □ | □ | □ |
| Terminierung | □ | □ | □ | □ |
| Kommunikation | □ | □ | □ | □ |
| Ansprechpartner\*in | □ | □ | □ | □ |
| Vollständigkeit | □ | □ | □ | □ |

Sonstiges: