

Ich habe diesen Auftrag ausgesucht, da er sowohl Übersetzungs- als auch Reformulierungsarbeit beinhaltet. Ich halte die Arbeit deshalb für besonders interessant. Ziel war es, aus der deutschen Rohfassung einer Powerpoint-Präsentation eine englische Version für den mündlichen Vortrag zu erstellen, die nur noch vom Blatt abgelesen werden musste. Schwierigkeit war hierbei, die Balance zwischen dem lockeren Ton, der beibehalten werden sollte, und dem spezifischem Vokabular des Fachgebiets 'Zahntechnik' zu finden.

Auszug der Übersetzung „dental restoration“

(die Übersetzung ist gelb unterlegt)

Zur Vorstellung und Geschichte von mir, XXX - Patient und Zahntechnikermeister.

Ich hatte im Alter von 13 Jahren eine Kieferorthopädische Behandlung. Zum anderen machte ich viel Leistungssport u.a spielte ich Eishockey womit ich Geld verdiente, aber körperlich verschleiß festzustellen war. Mit 21 fühlte ich mich nicht wohl mehr in meiner Haut. Die Probleme zeichneten sich in Form von 3 Blockierten Brustwirbeln, Hohlkreuz, Rundrücken, Rotation der Wirbelsäule und Schiefstand der Wirbelsäule um 7 Grad ab.

Dieser Zustand war für mich im Alter von 21 (19XX) nicht normal und ich begab mich auf die Suche nach Normalität bzw. nach Perfektion.

Viele Antworten auf meine vielen Fragen folgten. Sodass ich zu anfangs dachte, meine Probleme kamen aus dem Becken. Ich fing an Sportarten zu machen, welche die Beweglichkeit im Becken fördern U. a. Klettern, Yoga und Wing Tsung. Ich kaufte mir sogar eine neue Matratze etc. Jedoch ging ich jeden Abend einigermaßen fit in Bett und wachte wieder verkrüppelt auf. Irgendwann dachte ich, das ist nicht die Lösung des Problems und kam zum Entschluss dass vielleicht des Rätsels Lösung jeden Tag vor mir auf dem Tisch steht. Meine Zähne. Also machte ich mich auf die Suche nach Funktionsdiagnostischen Lösungen und schaute mir einige an. Jedoch ließen alle Systematiken Fragen offen. Bis ich im alter von 28 - im Jahr 20XX Bernd Egger auf einem Kurs kennen lernen durfte. Er war derjenige der keine Fragen offen ließ und ein in meinen Augen bis dato perfektes Konzept praktizierte. Also vertiefte ich mich in OBI und landete in den USA, machte meinen eigenen Zähne und fühl mich seit März 20XX wie neugeboren.

In order to briefly present myself and my story, XXX - patient and dental technician.

At the age of 13, I received an orthodontic treatment. Furthermore, I did competitive sport such as, among other things, ice hockey with which I was

earning money, from which, however, I suffered a considerable physical wear and tear, too. At 21, I was no longer feeling good about myself. Problems were beginning to show on my body: 3 blocked thoracic vertebrae, a hollow back, a hunchback, rotation of the spinal column, combined with a tilted position of 7 degrees.

At the age of 21 (19XX), this was an awkward physical condition to be in and so I started looking for normality or rather for perfection.

Well, if you ask a lot of questions, you find a lot of answers. Thus I thought initially that my pelvis was causing the health problems. I started practising sports which stimulate the agility of the pelvis such as rock climbing, yoga and wing chun. I even bought a new mattress etc.. However, every evening I went to bed feeling reasonably fit but woke up, again feeling crippled. Eventually, I thought that this wasn't resolving any of my problems. So finally, I figured that, maybe, the key is right in front of me, after all, it's what I do for a living: the teeth. So I began to search for functional diagnostic solutions, taking a good look at some of them. But all of the systems left me with open questions. Until in 20XX - at the age of 28 – I had the honor of meeting Bernd Egger while attending a course. He was the one who left nothing unanswered and who, in my view, has practised up until now a perfect system. Therefore, I deepened my knowledge of OBI, arrived in the U.S., did my own teeth and, since march 20XX, feel like a new man.

Zu Folie 1. Wir sehen die ist Situation im Jahr 20XX vor der Mago Therapie

Zu Folie 8. Deutlich erkennbar die einseitig massiven Abrasionsflächen.

Zu Folie 9. Co Biss – Protrusion nur über den 22 und im Unterkiefer dem 43. – Eckzähne stark Abradiert

Slide 1: We are looking at the situation in 20XX, before the MAGO therapy.

Slide 8: On this slide, the one-sided massive abrasion of the occlusal contact area shows clearly.

Slide 9: Co bit – protrusion produced only by the 22 and, in the lower jaw , by the 43 – the canine teeth are strongly abraded.

•Zu Folie 11.

•Das war meine Ausgangssituation. Und nun möchte ich ihnen zeigen welche Schritte im Dentallabor durchlaufen werden müssen, um eine bioesthetische Restauration herzustellen.

Slide 11: This was my initial position. I would like to show you now the required steps in the dental laboratory in order to do a bioaesthetic restoration.

- Erster Schritt - Herstellen einer Magoschiene. Diese muss, wie wir alle wissen intensive 24/7 getragen werden. Sind wir stabil wird einen Axiographie gemacht und die Stabilität mittels des CPI überprüft. Die Kondylen werden vermessen so dass jetzt die eigentliche Arbeit vom Zahnarzt ins Labor geschickt werden kann um ein Wax up zu erstellen.

First step – Manufacturing of a MAGO. As we all know, it is absolutely crucial that the splint be carried intensively 24/7. When we are stable we can do the axiography and check the stability with the CPI. After the condylen were measured, the dentist can send the work to the laboratory where the wax up is prepared.

Als erstes sollten wir auch mit dem Zahnarzt zusammen die Stellung der Zähne zueinander begutachten um die Angelklassen zu bestimmen. Falls wir hier Zu differenten Stellungen oder Verschiebungen der Zähne zueinander vorfinden, kann durchaus auch über andere vorbereitende Maßnahmen nachgedacht werden.

Ansonsten unterscheiden wir in Angel - Klasse 1,II/1,II/2 und III. Die Bestimmung der Angel-Klassen ist äußerst wichtig, um zu definieren wie wir unser okklusales Konzept anlegen.

First of all, we should note along with the dentist the mutual position of the teeth in order to define the angel classes. If the positions or displacements of the teeth should differ seriously other preparing measures can be taken into consideration.

Otherwise we distinguish between the angel classes 1,II/1,II/2 and III. The distinction of the angel classes is crucial to defining and deciding on an occlusal plan.

Nun können wir mit der Modellanalyse beginnen. In meinem Fall ist eine Mittellinienverschiebung zuerkennen, sowie auf der Linken einen Klasse II. Auf der Rechten eine Klasse I. Die Klasse II auf der linken Seite macht in meinem Fall nicht viel aus da, wenn sie sich an mein Gesicht erinnern mehr vertikale Höhe vertragen konnte, so dass ich mich entschloss meinen Biss um 4,5mm anzuheben, also von 14,5 auf 19mm. Daher können wir die Restauration mit dem Idealen Okklussalen Kompass bewerkstelligen.

Now we can start with analyzing the model. In my case, a midline shift can be noted as well as a class II on the left side whereas the right side is a class I. In my specific case, the class II on the left didn't really bother since my face, if you happen to remember, could use a bit of vertical height. Hence, I decided to lift the upper jaw 4,5 mm, in other words, from 14,5 to 19 mm. With this in mind, we can pursue the restoration with an ideal occlusal compass.

Beginnen wir nun mit dem Wax up.

Folie 1.

Frontzahnkontakte. Wissen wir alle, erzähl ich auch nichts neues. Zu beachten - das die Kontaktpunkte stimmen. Die Kontaktpunkte 0,2 mm stark sind und liegen im OK auf den mesialen und im UK auf den distalen auf den Randleisten. In der UK - Front auf den Vestibulären Incisalkanten. Zudem ist auf genügend Freiräume zu achten. Overbyte und Overjet betragen in der Regel 4 / 2mm.

Let's start with the wax up.

Slide 1: The contact points of the front tooth. We all know it so there is nothing new to what I tell you right now. Make sure that all of the contact points match. They should be about 0,2 mm wide and resting, for the upper jaw, on the mesial and, for the lower jaw, on the distal ridges with the front sitting on the vestibular incisal edges. Remember to leave enough space. The overbyte and overjet should amount to around 4 / 2 mm.
