

Auftrag

Praxisstempel

TERMINE	DATUM





Patient männl. weibl.

Nachname: Vorname:

- Kasse Regelversorgung
 gleichartiger Zahnersatz
Privat andersartiger Zahnersatz

XML-Nr.:

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	

- Zirkonoxyd/Vollkeramik
 Hochgoldhaltig
 Goldreduzierte Legierung
 NEM
- Totale Verblendung 
 Vestibuläre Verblendung 
 Palatinal-Lingual/ Metallrand 
 Keramikschulter 

Farbe:



- angeliefert:**
- Abdruck Modelle
Artikulator Löffel
Biss Foto/Chip
Sonstiges _____
- bitte Rückruf
 erfolgt _____ Datum _____