

Bitte um ein Kostenangebot bis:

Praxisstempel

Behandler/in:

Versicherungsstatus:

- ☐ Kasse ☐ Privat
☐ Regelversorgung ☐ Gleichartige Versorgung ☐ Andersartige Versorgung

Patient/in:

Name, Vorname (Bitte in Blockschrift)

Therapieplan 1																	
Therapieplan 2																	
	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	
Therapieplan 1																	
Therapieplan 2																	

Kronen/Brückenmaterial:

- ☐ hochgoldhaltig
☐ Goldreduziert
☐ NEM
☐ Titan
☐ Zirkon
☐ Glaskeramik
☐ Hybridkeramik

Kombiarbeiten:

- ☐ hochgoldhaltig
☐ Goldreduziert
☐ NEM
☐ Rückenschutz
☐ Galvano
☐ Geschiebe
☐ MK-1 Riegel

- ☐ Keramikverblendung
☐ Composite Verblendung

Implantatarbeiten:

☐ System: _____

Ausführung:

- ☐ Vollguß
☐ Vollanatomisch
☐ vestibulär Verbl.
☐ Vollverblendung
☐ Keramikschulter
☐ verblockte Kronen
☐ Einzelkronen

Abutmentmaterial:

- ☐ Titan
☐ Zirkon
☐ Glaskeramik

Zusatzinformationen:

☐ Bitte um Rückruf

☐ erfolgt am _____