

Auftrag/KV-ZE feststehend

Praxis _____ Patient _____

Frau Mann PKV GKV

Praxis _____ Patient Name _____

Name des Behandlers _____ Patient Vorname _____

XML-Nummer _____ Aufgeschlüsselte Rechnung

Planung _____

Kostenvoranschlag für die Arbeit vorhanden

Rücksprache mit Techniker

Termin 1: (Rohbrand) _____

Termin 2: (Einsetzen) _____

Termin 3: (Einsetzen) _____

Indikation, Material und Veredelung

Indikation																
Material																
Veredelung																
	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
Indikation																
Material																
Veredelung																

Indikation

- I: Inlay (1-3 flächig)
- T: Teilkrone/Mehrfl. Inlay
- K: Krone
- V: Veneer
- AK: Implantatkrone
- M: Marylandbrücke
- P: Brückenpfeiler
- G: Brückenglied

Material

- KS: Kunststoff
- HK: Hybridkeramik
- LK: Lithiumkeramik
- ZI: Zirkon

Bitte Brückenspanne mit einer Klammer  angeben

Zusätzliche Leistungen gewünscht:

- Wax-Up
- Übertragungsschablone vom Wax-Up
- Einsetzschlüssel
- Schleifkappe

Implantat-Informationen:

Hersteller: _____

Typ: _____

Okklusal verschraubt Verklebt

LOT: _____

Farbe und Veredelung:

Zahnfarbe: _____

Stumpf: _____



Fissurenbemalung: Light Medium Intense (Standard)

Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

- Situ-Modelle Gesichtsbogen
- Abdrücke Bissregistrat
- Kontroll-Abdrücke Fotos
- _____

Kommentare und Anmerkungen: _____

ridlerstraße 31a
 80339 münchen
 089 51 00 94 95
 info@dentallabormünchen.de
 www.dentallabormünchen.de
 es gelten die allgemeinen geschäftsbedingungen der
 dütsch thomas und bierlmaier lorenz GbR

Datum und Unterschrift

- Hiermit bestätigen wir, dass die Abdrücke in der Praxis desinfiziert wurden.

Datum _____

Unterschrift _____