

Auftrag/KV-ZE herausnehmbar

Praxis _____	Patient _____
_____	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> GKV
Praxis _____	Patient Name _____
Name des Behandlers _____	Patient Vorname _____
XML-Nummer _____	<input type="checkbox"/> Aufgeschlüsselte Rechnung

Planung _____

Kostenvoranschlag für die Arbeit vorhanden

Rücksprache mit Techniker

Termin 1: _____
(Einsetzen)

Termin 2: _____
(Einsetzen)

Indikation

- OK UK
- Schiene Basis (Kasse - ohne Einbisse, tiefgezogen)
- Schiene Premium (Kasse - mit Einbissen, keine Front-/Eckzahnführung, gefräst)
- Schiene Exklusiv (Privat - voll adj. FAL Schiene, mit Einbissen und Front-Eckzahnführung, gefräst)
- Clearsplint (Bitte zu ersetzende Zähne angeben)
- Bohrschablone (Pilotbohrung)
- Bohrschablone (Guided)
- All on 4/6
- Indiv. Löffel - 3D Druck
- Sonstiges: _____

Zahnfarbe: _____



Implantat-Informationen für Bohrschablonen / All on 4/6

Hersteller: _____

Typ: _____

Implantat-Position
an Zahn / Zähnen: _____

Okklusal verschraubt Verklebt

Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

- Situ-Modelle
- Abdrücke
- Kontroll-Abdrücke
- DICOM Datensatz
- Gesichtsbogen
- Bissregistrator
- 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