

**Telefax 0841 91 04 14**

Zahnarztpraxis

**Anforderung eines Kostenvoranschlags**

heute    bis morgen    bis zum \_\_\_\_\_

**Patient**

Herr    Frau

Name

Vorname

Regelversorgung

Gleichartig

Andersartig

TP																
R																
B																
	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
B																
R																
TP																

B = Befund, R = Regelversorgung, TP = Therapieplanung

**Legierung**

Hochgold    NEM/EMF    Zirkon    Goldreduziert    Sparlegierung

**Verblendung**

Keramische Verblendung    Kunststoffverblendung    Vollverblendung

Teilverblendung \_\_\_\_\_

**Implantatsystem**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unsere Sonderwünsche**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir danken für Ihr Vertrauen!

