

Kostenvoranschlag  
Telefax 0 61 96/6 52 62 40

Praxisstempel

.....  
Auftragsnummer

.....  
Patient/in: Name, Vorname

**Versicherungssatus:**

- Kasse                       Privat                       100%  
 Regelversorgung         Gleichartige Versorgung     Andersartige Versorgung

**Kronen/Brückenmaterial:**

- hochgoldhaltig  
 NEM  
 Zirkon  
 Titan  
  
 Löffel     Bissnahme

**Ausführung:**

- Vollguss                       Metallrand  
 Vestibular Verblendung     Keramikverblendung  
 Vollverblendung             Kunststoffverblendung  
 Keramikschulter             Polyglasverblendung  
  
 Implantatsystem: .....

**Kombiarbeiten:**

- NEM  
 Geschiebe  
 hochgoldhaltig  
 Galvano  
 Sonstiges: .....

**Farbe:**

- indiv. Farbgestaltung  
 .....  
 .....

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

**Zusatzinformationen:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Laboreingang:**

1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....

1. Termin:	2. Termin:	3. Termin:
------------	------------	------------

**Fertigstellung:**

4. Termin:	5. Termin:	
------------	------------	--

- Zirkon  
 Titan  
 .....

Datum

**Mitgelieferte Materialien:**

- Löffel                       Modelle                       Biss                       Hilfsteile                       Sonstiges: .....  
 Gesichtsbogen             Situ-Modell                 Abformung                 Fotos

**Von Praxis desinfiziert:**

- Ja  
 Nein