

Kostenvoranschlag/Faxvorlage

Telefon (02365) 51 10 - 0

Telefax (02365) 51 10 -12

Praxisstempel:

Behandler/in: _____

Versichertenstatus:

- Kasse Privat 100 %
 Regelversorgung Gleichartige Versorgung Andersartige Versorgung

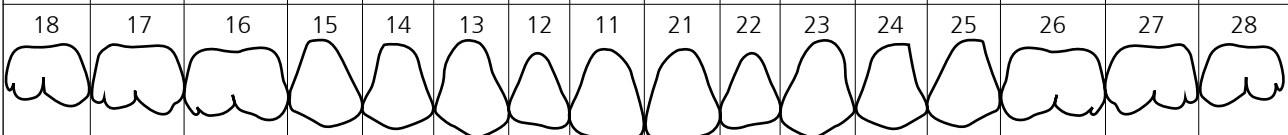
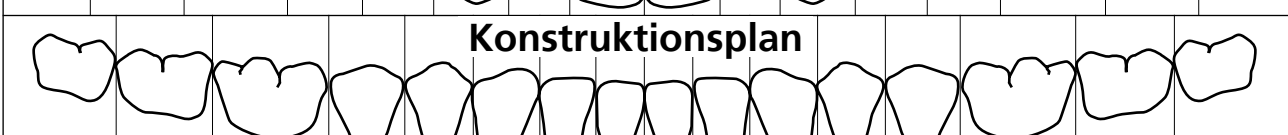
Patient/in:

 Name, Vorname (Bitte in Blockschrift)

Kronen/Brückenmaterial: <input type="checkbox"/> hochgoldhaltig <input type="checkbox"/> goldreduziert <input type="checkbox"/> Sparligierung <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Zirkon <input type="checkbox"/> Titan <input type="checkbox"/> Löffel	Ausführung: <input type="checkbox"/> Vollguß <input type="checkbox"/> vestibular Verbl <input type="checkbox"/> Vollverblendung <input type="checkbox"/> Keramikschulter Implatatsystem: _____	Kombiarbeiten: <input type="checkbox"/> Metallrand <input type="checkbox"/> Keramikverblendung <input type="checkbox"/> Kunststoffverblendung <input type="checkbox"/> Polyglasverblendung <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Sparlegierung <input type="checkbox"/> Si-tec <input type="checkbox"/> Geschiebe <input type="checkbox"/> hochgoldh. <input type="checkbox"/> goldreduziert <input type="checkbox"/> Galvano <input type="checkbox"/> Kst./Rückenschutz an
---	---	--

Therapieplan 1

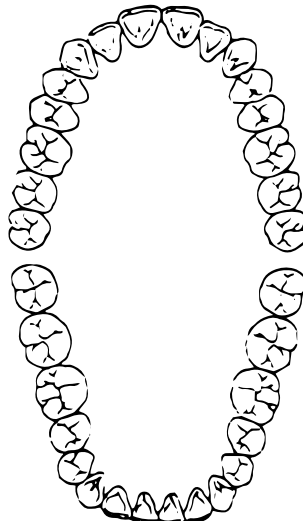
Therapieplan 2

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
Konstruktionsplan															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
															
Therapieplan 1															
Therapieplan 2															

Therapieplan 1

Therapieplan 2

Zusatzinformationen:



Bitte um Rückruf

erfolgt: _____ Datum