

Implanadent - Nordstr. 5 - 34549 Edertal

Tel.: 05623-935865 - Fax: 05623-935866

Email: info@implanadent.de - Internet: www.implanadent.de

Auftrag für Zahnersatz

Bitte Kostenvoranschlag

Anschrift Zahnarzt:

Auftrags-Datum	Auftrags-Nr.	Kunden-Nr.:
----------------	--------------	-------------

Patientenname: _____ Alter: _____

(Bitte in Druckbuchstaben)

- Legierung: hochgoldhaltige Legierung
 Pall.- Silber-Legierung
 NEM
 ZIRKON

Krankenkasse: Gesetzlich Privat

Zahnfarbe: _____

Mitgeliefert: Abformung / Löffel

Modelle

Biss

Artikulator

Ausführung:																	
X	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	
Ausführung:																	

Ausführung:

Termin: (bitte rechts eintragen)	Datum, 12:00 in Praxis:
Fu <input type="checkbox"/>	
Biss <input type="checkbox"/>	
IT/ Kronengerüst <input type="checkbox"/>	
MOG mit Bisswällen <input type="checkbox"/>	
MOG mit Wachsaufstellung <input type="checkbox"/>	
Wachsaufstellung ohne MOG <input type="checkbox"/>	
Umstellung <input type="checkbox"/>	
2.Anprobe <input type="checkbox"/>	
Gerüst <input type="checkbox"/>	
Fertigstellung <input type="checkbox"/>	

Labornotizen:

Unterschrift des Zahnarztes: _____