

Kostenvoranschlag – Anfrage

Zahnarztpraxis:

Patientenname:

Vorname:

Nachname:

Kostenvoranschlag senden:

- FAX
 E-Mail
 iLab Webservice
 Post
 Eilt
 Bitte um Rückruf

ORT :

Krankenkasse:

- Privat (BEB 97) Kasse

TEL:

- Regelversorgung

FAX:

- gleichartig andersartig

E-Mail:

Arbeitsart:

Besonderheiten:

Bitte tragen Sie die Therapieplanung, Regelversorgung und Befunde ein:

TP																		TP
RV																		RV
B																		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																		B
RV																		RV
TP																		TP

Bitte wählen Sie aus:

- Edelmetall
 NEM
 Titan

- Vollkeramik
 IPS e.max
 Zirkonoxid

Verblendung:

- vestibulär
 Vollverblendung
 Keramik

- Kunststoff
 Candulor Aestheti

- Keramikschulter
 Indiv. Registrat

- Komposit

- Pala Xpress
 farblos
 rosa

Sonderkunststoff:

- Valplast

1. System	2. Aufbau Typ	3. Konstruktion	4. Aufbaumaterial	5. Suprastruktur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>