



Auftragsformular

Zahnarzt/Zahnärztin: Praxis: Tel.:	Versicherung: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> 100% (Härtefall)
	<input type="checkbox"/> Pegelversorgung <input type="checkbox"/> Gleichartige V. <input type="checkbox"/> Andersartige V.
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ Gesichtstyp: <input type="checkbox"/> ▽ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/>
	Patientenname oder-ID: Alter: Zahnfarbe:

XML-Nummer:

Wunschtermine:	Bissnahme Datum	Löffel Datum	Gesamteinprobe Datum
	Rohbrand Datum	Gerüstanprobe Datum	Fertigstellung Datum

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

Material:

<input type="checkbox"/> Hochgold	<input type="checkbox"/> Zirkon (verblendet CAD/CAM)
<input type="checkbox"/> Gold reduziert	<input type="checkbox"/> Teilizirkon (Teilverblendet CAD/CAM)
<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> Vollzirkon (bemalt CAD/CAM)
<input type="checkbox"/> Galvano	<input type="checkbox"/> IPS e.max (CAD/CAM)

Edelmetall/Keramik: <input type="checkbox"/> Einzelkrone <input type="checkbox"/> Brücke <input type="checkbox"/> Inlay/Onlay <input type="checkbox"/> Stiftaufbau <input type="checkbox"/> Teilkrone <input type="checkbox"/> Kronenblock <input type="checkbox"/> VMK <input type="checkbox"/> Vollguss <input type="checkbox"/> Kunststoff- verblendung	Verblendungsart: Kronen/Teleskope <input type="checkbox"/> Totale Verblendung <input type="checkbox"/> Palatinal/Lingual (Metallrand) <input type="checkbox"/> Metallrand zirkulär (_____ mm) <input type="checkbox"/> Vestibuläre Verblendung	Brückengliedgestaltung: <input type="checkbox"/> Schwebel <input type="checkbox"/> Tangential <input type="checkbox"/> Sattel <input type="checkbox"/> Pontic	Klammerform: <input type="checkbox"/> An: _____ <input type="checkbox"/> An: _____ <input type="checkbox"/> An: _____ <input type="checkbox"/> An: _____ Klammer gebogen an: _____
---	--	--	--

Kombinierter Zahnersatz: <input type="checkbox"/> Teleskope <input type="checkbox"/> Geschiebe: <input type="checkbox"/> Preci-Vertex <input type="checkbox"/> Steg: <input type="checkbox"/> Individuell <input type="checkbox"/> Konfektioniert (Preci-Horix)	Modellguss/Kunststofftechnik: <input type="checkbox"/> OK Modellguss: _____ <input type="checkbox"/> Eldy Plus: _____ <input type="checkbox"/> UK Modellguss: _____ <input type="checkbox"/> Reiseprothese: _____ <input type="checkbox"/> Coverdenture: _____
---	--

Beigelegt:
 _____ Löffel _____ _____ Modell(e) _____ _____ Biss(e) _____

Notizen:

Materialunverträglichkeiten: _____ Rückruf erbeten

Auftragsdatum: _____ **Unterschrift:** _____