

Bitte immer schriftlich!

Kostenvoranschlag

Pat.-Name: _____ (Bitte keine Pat.-Nr.)

Vorname: _____

Richtlinie: 36a

Alter: _____

36b

Zahnarztpraxis:Stempel)

Kostenvoranschlag ...

als e-mail als Fax zusenden

Bitte ankreuzen: RV GV AV Mischfall Härtefall

Bitte tragen Sie Therapieplanung, Regelversorgung und Befunde ein!

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RV | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RV | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |

Art der Arbeit/Anmerkungen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> NEM | <input type="checkbox"/> Verblendung Regelvers. | <input type="checkbox"/> Gesichtsbogen |
| <input type="checkbox"/> Basis-Zirkon | <input type="checkbox"/> vestibuläre Verblendung | <input type="checkbox"/> Headline |
| <input type="checkbox"/> Premium-Zirkon | <input type="checkbox"/> Vollverblendung | <input type="checkbox"/> Planefinder |
| <input type="checkbox"/> Glaskeramik | <input type="checkbox"/> vollanatomisch | <input type="checkbox"/> Zebris |
| | | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Wenn Implantate, dann:

System:

Material:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Camlog | <input type="checkbox"/> Straumann |
| <input type="checkbox"/> Ankylos | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Friadent | |
| <input type="checkbox"/> mitgeliefert werden: _____ | |

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glaskeramik | <input type="checkbox"/> NEM |
| <input type="checkbox"/> PMMA | <input type="checkbox"/> Titan |
| <input type="checkbox"/> Zirkon | <input type="checkbox"/> Galvano |
| <input type="checkbox"/> Edelmetall | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Kostenvoranschlag wurde angefordert von: _____ Datum: _____

Kostenvoranschlag wurde bearbeitet von: _____ Datum: _____