



Anschrift der Praxis

Name, Patient

Alter

Stumpffarbe

Zahnfarbe

XML-Nummer

Regelversorgung  Gleichartiger ZE  Andersartiger ZE  Privat  Härtefall

Art der Arbeit:	Termin	Tag	Uhr
Rücksprache <input type="checkbox"/>	FU-Löffel		
	Bisschabl.		
	Anprobe 1		
	Anprobe 2		
	Anprobe 3		

Privat-Leistung:

Abformung _____	Biss _____	Legierung _____	Auftragsdatum: _____	Liefertermin: _____
Löffel _____	Artikulator _____	Edelmetall _____	Angemeldet: _____	
Modell _____	Zähne _____	Implantat _____		