

**FREEFAX 0800-900 70 90**  
**FREECALL 0800-900 70 80**

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

AUFTRAG

KOSTENVORANSCHLAG

Patient: \_\_\_\_\_

FINANZIERUNGSANGEBOT  
 (Bitte um telefonische Rücksprache)

Datum: \_\_\_\_\_

MATERIAL

Edelmetall     Reduziert     NEM     Zirkonoxid     Presskeramik

ZAHNFARBE /VITA

          

ZAHNFORM

      

ZAHNSCHEMA

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

AUFTRAG:

	Termin 1	Termin 2	Termin 3	Fertigstellung
Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uhrzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gerüst        | <input type="checkbox"/> Anprobe       |
| <input type="checkbox"/> FU-Löffel     | <input type="checkbox"/> Rohbrand      |
| <input type="checkbox"/> Bissregistrat | <input type="checkbox"/> Bissregistrat |