



Bitte um Kostenvoranschlag

Praxis: _____
 Straße Nr.: _____
 PLZ Ort: _____
 Telefon: _____
 Fax: _____
 E-Mail: _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
 Datum: _____

Angaben zum Patient und der gewünschten Versorgung:

Patientenname / HKP-Nr.: _____

Versichertenstatus: Kasse Privat
 Versorgung: regel gleichartig andersartig
 Metall (Gerüst): NEM EM Zirkonoxyd
 Denseo: ja nein

Befund und Planung:

TP																
R																
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																
R																
TP																

Geplante Arbeit / Fragen zur Arbeit / Besonderheiten:

Bei Implantatarbeiten:

Hersteller: _____ System / Größe: _____
 Material: _____ Titan Zirkon Gold NEM
 Implantatteile angeliefert: ja nein