

ABGABETERMINE					
01	02	03	04	05	06



ANSCHRIFT ZAHNARZT	PATIENT				Patient	Kasse	Zahnstellung	Auftragstag
	ZAHNFARBE				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig	
	digitaler Auftrag <input type="checkbox"/> STL <input type="checkbox"/> 3D-Druck	e.max <input type="checkbox"/> Ästhetik <input type="checkbox"/> bemalt	Zirkonoxid <input type="checkbox"/> Ästhetik <input type="checkbox"/> Vollzirkon mit Schneide <input type="checkbox"/> Vollzirkon bemalt	Kunststoff <input type="checkbox"/> hypoallergen <input type="checkbox"/> Valplast	Arbeitsart <input type="checkbox"/> gleichartig <input type="checkbox"/> andersartig <input type="checkbox"/> Regelvers.	Legierung <input type="checkbox"/> hochwertig <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Zirkon	Qualität <input type="checkbox"/> BEL <input type="checkbox"/> Traub Standard <input type="checkbox"/> Traub Ästhetik <input type="checkbox"/> Stauferkrone	Auftragsnummer

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 Brückenglied
- E zu ersetzender Zahn
- H kompl. gegossene Halte- und Stützvorrichtung
- K Krone
- M Vollkeramische od. keramisch vollverblendete Restauration
- O Geschiebe, Steg etc.
- PK Teilkronen
- S implantatgetragene Suprakonstruktion
- T Teleskopkrone
- V Vestibuläre Verblendung

INDIVIDUELLE AUFTRAGS-Nr.:

<b>NÄHERE ANGABEN:</b>	<input type="checkbox"/> BITTE UM RÜCKRUF	TERMIN	UHRZEIT

**BEKANNTE ALLERGIEN:**

EINGANG 01		02		03		04		05		06	
Abformung	Biss	Abformung	Biss	Abformung	Biss	Abformung	Biss	Abformung	Biss	Abformung	Biss
Löffel	Zähne	Löffel	Zähne	Löffel	Zähne	Löffel	Zähne	Löffel	Zähne	Löffel	Zähne
Modell	Sonstiges	Modell	Sonstiges	Modell	Sonstiges	Modell	Sonstiges	Modell	Sonstiges	Modell	Sonstiges