



Kostenvoranschlag / Laborvorlage

Praxis

Patient/in

Datum

Versicherungsstatus

GKV
 PKV

Regelleistung
 andersartige Versorgung

gleichartige Versorgung

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------|
| TP 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | TP 2 |
| TP 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | TP 1 |
| R | | | | | | | | | | | | | | | | | R |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | B |
| R | | | | | | | | | | | | | | | | | R |
| TP 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | TP 1 |
| TP 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | TP 2 |
| K - Krone V - vestib.Verblendung M - Vollverblendung PK - Teilkrone | | | | E - zu ersetzender Zahn F - fehlender Zahn R - Wurzelstift S - Implantat, Suprakonst. | | | | P - Langzeitprovisorium B - Brückenglied T - Teleskop H - gegossenes Halteelement | | | | O - Geschiebe)(- Lückenschluss --- - Verblockung, Steg | | | | | |

Material

EM

Vollverblendung

NEM

vest. Verblendung

Zirkonoxid

Vollguss / Monolithisch

e.max

Bemerkung

Bitte senden Sie den Kostenvoranschlag

per Fax

per E-Mail

per Telefon

Eilig !!!

Bitte ausfüllen und an mail@zahntechnik-klaproth.de senden, oder ausdrucken und an 030 97104166 faxen.