

<b>Praxis</b>	<b>Patient</b>																	
<b>Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan</b> <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> Regelversorgung  <input type="checkbox"/> Gleichartige Versorgung  <input type="checkbox"/> Andersartige Versorgung             </div> <p>Art der Versorgung: TP – Therapieplanung   R – Regelversorgung   B – Befund</p>																		
TP																		
R																		
B																		
	18 48	17 47	16 46	15 45	14 44	13 43	12 42	11 41	21 31	22 32	23 33	24 34	25 35	26 36	27 37	28 38		
B																		
R																		
TP																		
V – vestibuläre Verblendung E – zu ersetzender Zahn K – sonstige Kronen M – Vollverblendung, Keramik		T – Teleskop-/Konuskrone R – Wurzelstiftkappe S – Implantatgetragene Suprakonstruktion H – komplizierte gegossene Halte- u. Stützvorrichtung		B – Brückenglied PK – Teilkrone O – Verbindungsvorrichtung / – Verblockung/Steg														
<b>Legierung</b>																		
<b>Hochgoldhaltig</b>	<b>Hochgoldhaltig Kupferfrei</b>	<b>Goldreduziert</b>	<b>Paladium-Basis</b>	<b>NE-Metalle</b>	<b>Titan</b>													
<input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> Guß	<input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> Guß	<input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> Guß	<input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> Guß	<input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> Guß	<input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> Guß													
<b>Angebot erbeten</b>			<b>Termin</b>															
<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> per Fax	<input type="checkbox"/> per E-Mail	<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> bis _____														
<b>Bemerkungen</b> <small>begrenzt auf 250 Zeichen</small>					<input type="button" value="Senden"/>													