












<input type="checkbox"/> Auftrag	<input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag	DATUM
---	---	--------------

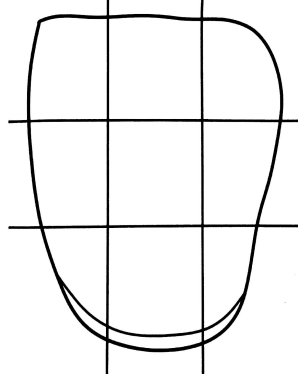
Praxis	Patient/ Nummer	O Frau	O Mann	Zahnfarbe/ Stumpffarbe
	XML/ e-Auftrag:			

Deutschland	<input type="checkbox"/>	Sparkrone	<input type="checkbox"/>	Privat	<input type="checkbox"/>
Import	<input type="checkbox"/>	A2 - A3 - A3,5 - B2 - B3 - C3		Kasse	<input type="checkbox"/>

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

Material	Brückenglied	Verblendung
<input type="checkbox"/> Zirkoniumdioxid	<input type="checkbox"/>  Sattelförmig	<input type="checkbox"/> Monolithisch
<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/>  Tangential	<input type="checkbox"/>  Vollverblendet
<input type="checkbox"/> PMMA - PEEK	<input type="checkbox"/>  Schwebend	<input type="checkbox"/>  Vestibulär verbl.
<input type="checkbox"/> Edelmetall	<input type="checkbox"/>  Pontic	<input type="checkbox"/>  Lingual Metall

O Transversal	O Hufeisen	O Skellettirt	O Gaumenfrei
			

Bemerkungen / Sonderwünsche	
------------------------------------	---

O Hepatitis	O HIV	O Sonstiges: _____	Form: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-------------	-------	--------------------	--

<input type="checkbox"/> Löffel/ Formteil	Wochentag	Tag	Mon	Jahr	Zeit	bis 12:00 Uhr
<input type="checkbox"/> Gerüst/ Löffel/ Biss						bis 12:00 Uhr
<input type="checkbox"/> _____						bis 12:00 Uhr
<input type="checkbox"/> Anprobe/ Rohbrand						bis 12:00 Uhr
<input type="checkbox"/> Fertigstellung						bis 12:00 Uhr