

Kostenvoranschlag


DATUM




Praxis	Patient/ Nummer	O Frau	O Mann

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**
- Zirkoniumdioxid
 - NEM
 - PMMA - PEEK
 - Edelmetall

- Basis**
- Gaumenfrei
- 

- Verblendung**
- Monolithisch
 -  Vollverblendet
 -  Vestibulär verbl.
 -  Lingual Metall

Bemerkungen/ Sonderwünsche:

per Fax an: _____ per Email: _____