












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

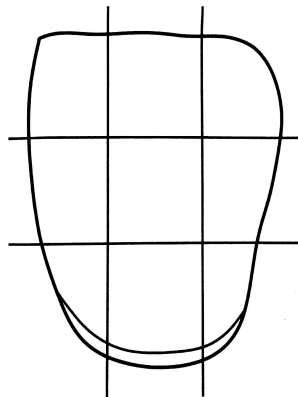
Praxis	Patient/ Nummer <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann	Zahnfarbe/ Stumpffarbe
	XML/ e-Auftrag:	

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

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

<input type="checkbox"/>  Transversal	<input type="checkbox"/>  Hufeisen	<input type="checkbox"/>  Skellettirt	<input type="checkbox"/>  Gaumenfrei
---	--	--	--

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

Hepatitis HIV Sonstiges: _____ Form:

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