

Dotzauer.

DENTALTECHNIK

ANTWORTFAX

03 71/52 86-20

Kostenvoranschlag

Zahnarzt

Patient (Bitte in Druckbuchstaben)

Datum _____

Kassenpatient

Privatpatient

männlich weiblich

Teilzahlung gewünscht

Befund																
Regelversorgung																
Therapieplan																
	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
Therapieplan																
Regelversorgung																
Befund																

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen der Zeilen (Befund, Regelversorgung, Therapieplanung) folgende Abkürzungen:

E zu ersetzender Zahn

T Teleskopkrone

V vestibuläre Verblendung

EM zu ersetzender Zahn

H Halte- und Stützvorrichtung

)(Lückenschluss

auf MOG-Basis

PK Teilkrone

IM Implantat

O Geschiebe

K Krone

BC Brückenglied Zirkonoxid

B Brückenglied

KM vollverblendete Krone

KC Krone Zirkonoxid

BM vollverblendetes Brückenglied

I Inlay

Vollkeramik

Zirkonoxid IPS e.max CAD _____

Implantatsystem

Legierung

Universallegierung Hochgold Reduziert NEM Galvano Titan

Silber-Palladium Palladium-Basis-Legierung _____

Termine

KV bitte bis Datum _____ Uhrzeit _____ Preis bitte telefonisch übermitteln KV per Fax

Ihre weiteren Wünsche
