Kostenvoranschlag

Zahnarzt:

Patientenname:

Metall / Material:

- ◯ **EM** (Edelmetall)
- ◯ **R** (reduzierte Legierung)
- ◯ **NEM** (nicht Edelmetall)
- ◯ **Vollkeramik** (e. max)
- ◯ **Zirkon**

◯ **Kasse:**

- ◯ **Regelversorgung**
- ◯ **Härtefall**
- ◯ **Gleichartig**
- ◯ **Andersartig**
- ◯ **„gemischt"**

◯ **Privat:**

Implantatsystem:

Bitte alle Felder des Kostenvoranschlages ausfüllen! Danke!

die ZAHN WERK STATT
Stephan Dietzel

Von-Brun-Straße 8
91301 Forchheim
Tel. 09191 / 976 329 0
Fax 09191 / 976 329 1
Mail info@diezahnwerkstatt.info
www.diezahnwerkstatt.info

Datum: _____

KV bitte fertig bis: _____

Therapie-Planung																
Regelversorgung																
	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
Regelversorgung																
Therapie-Planung																

Beschreibung der Arbeit: