

<b>Stammdaten</b> <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau      Datum: _____ Patientenname: _____ Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> DENT-NET® <input type="checkbox"/> Inland <input type="checkbox"/> Ausland <input type="checkbox"/> Regelversorgung <input type="checkbox"/> gleichartig <input type="checkbox"/> andersartig	<b>Behandelnder Arzt</b> _____ _____ _____
---	---

**Status**

TP																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
TP																	

Zahnfarbe (Vita): \_\_\_\_\_  Interimprothese  Einzelkrone (Bitte Verblockung angeben)  
 XML-Nummer: \_\_\_\_\_ KVA vorhanden  Ja  Nein

**Terminierung** ① Siehe Preisliste Lieferzeitenberechnung

Primär, Löffel u. Biss, Datum: \_\_\_\_\_ bis 12.00 Uhr     Gesamtanprobe, Datum: \_\_\_\_\_ bis 12.00 Uhr  
 Gerüstanprobe, Datum: \_\_\_\_\_ bis 12.00 Uhr     Fertigstellung, Datum: \_\_\_\_\_ bis 12.00 Uhr

<b>Kronen und Verblendung</b> <input type="checkbox"/> Vollverblendung (ohne Metallrand) <input type="checkbox"/> Vollverblendung Palatinal-Lingual (Metallrand) <input type="checkbox"/> Metallrand zirkulär: _____ mm <input type="checkbox"/> Vestibuläre Verblendung <input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> Komposite <input type="checkbox"/> Keramikschulter	<b>Material</b> <b>Legierung</b> <input type="checkbox"/> NEM <b>Hochwertige Legierung</b> <input type="checkbox"/> Sattgelb: Bio Porta G, P4 <b>Reduzierte Legierung</b> <input type="checkbox"/> Gelb: Porta Maximum <input type="checkbox"/> Weiß: Silber-Palladium (Simidur S15) <input type="checkbox"/> Weiß: Porta-SMK <input type="checkbox"/> Blassgelb: Eurogold Supra	<b>Brückengliedaufgabe</b> <input type="checkbox"/> Sattel <input type="checkbox"/> Pontic <input type="checkbox"/> Tangential <input type="checkbox"/> Schwebel	<b>Zirkon-Versorgung</b> <input type="checkbox"/> Zirkonkrone (verblendet) <input type="checkbox"/> Vollzirkonkrone (bemalt) <input type="checkbox"/> Hybridkrone/-brücke
---	---	--	--

<b>Sonderausführungen</b> <input type="checkbox"/> iKrone® Deutschland <input type="checkbox"/> iFlex® <input type="checkbox"/> Gerüst CAD/CAM <input type="checkbox"/> iKrone® Premium Deutschland <input type="checkbox"/> Reiseprothese <input type="checkbox"/> Empress <input type="checkbox"/> iTeleskop® <input type="checkbox"/> indiv. Abutment Metall <input type="checkbox"/> iTeleskop® Premium <input type="checkbox"/> indiv. Abutment Zirkon	<b>Implantatsystem</b> System: _____ _____ _____ Durchmesser: _____
---	---

<b>Geschiebe</b> <input type="checkbox"/> Duolock <input type="checkbox"/> Variosoft (Kunststoffmatrize) <input type="checkbox"/> Teilungsgeschiebe	<b>Modellgussdesign</b> <input type="checkbox"/> Hufeisenform <input type="checkbox"/> Transversalverbinder <input type="checkbox"/> skelettierte Form <input type="checkbox"/> ohne Modellguss	<b>Riegeltechnik</b> <input type="checkbox"/> MK1 Riegel <input type="checkbox"/> Schwenk-Riegel <input type="checkbox"/> Robolock	<b>Coverdenture</b> <input type="checkbox"/> Kunststoffbasis <input type="checkbox"/> Retentionsgitter <input type="checkbox"/> Vollplatte Metall
--	---	---	--

**Notizen** Besonderheiten (z.B. Wax-Up, GB, etc.) •  Bitte um Rückruf, Grund: \_\_\_\_\_

