

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

Status

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

Zahnfarbe (Vita): _____ Interimsprothese Einzelkrone (Bitte Verblockung angeben)
 XML-Nummer: _____ KVA vorhanden Ja Nein

Terminierung ⓘ 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

Kronen und Verblendung <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	Material Legierung <input type="checkbox"/> NEM Hochwertige Legierung <input type="checkbox"/> Sattgelb: Bio Porta G, P4 Reduzierte Legierung <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	Brückengliedauflage <input type="checkbox"/> Sattel 🍷 <input type="checkbox"/> Pontic 🍷 <input type="checkbox"/> Tangential 🍷 <input type="checkbox"/> Schwebel 🍷	Zirkon-Versorgung <input type="checkbox"/> Zirkonkrone (verblendet) <input type="checkbox"/> Vollzirkonkrone (bemalt) <input type="checkbox"/> Hybridkrone/-brücke
--	---	--	--

Sonderausführungen <input type="checkbox"/> iKrone® Deutschland <input type="checkbox"/> iFlex® <input type="checkbox"/> iKrone® Premium Deutschland <input type="checkbox"/> Reiseprothese <input type="checkbox"/> iTeskop® (Gold-Platin-Veredelung) <input type="checkbox"/> indiv. Abutment Metall <input type="checkbox"/> indiv. Abutment Zirkon <input type="checkbox"/> Gerüst CAD/CAM <input type="checkbox"/> Empress <input type="checkbox"/> iSilent® <input type="checkbox"/> iStraight®	Implantatsystem System: _____ _____ _____ Durchmesser: _____
---	---

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

1 Exemplar IMEX®
2 Exemplar Praxis