

Zahnarztpraxis/Stempel (nur auf Original):

Auftrags-Nr.:

Patient:  Herr  Frau

Datum:

Abrechnung:  Kasse

Zahnfarbe/  
Vita:

Privat

EA-Nr.

TP																
	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>
TP																

- |  |   |  |
|--|---|--|
| A Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)                  | K Krone   | R Wurzelstiftkappe                     |
| B Brückenglied                                   | M vollkeramische/keramische oder kunststoffvollverblendete Restauration | S implantatgetragene Suprakonstruktion |
| E zu ersetzender Zahn                            | O Geschiebe, Steg etc.  | T Teleskopkrone                        |
| H komplett gegossene Halte- und Stützvorrichtung | PK Teilkrone  | V vestibuläre Verblendung              |

<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> Zirkon	<input type="checkbox"/> vollverblendet	<input type="checkbox"/> sattelförmig
<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> Vollzirkon	<input type="checkbox"/> Lingual Metall	<input type="checkbox"/> tangential
<input type="checkbox"/> Hochgold	<input type="checkbox"/> e.max	<input type="checkbox"/> Buccal verblendet	<input type="checkbox"/> schwebend
<input type="checkbox"/> Modellguss	<input type="checkbox"/> Geschiebe		

Vermerke:

Angeliefert:

- Modell
- Abdruck
- Biss
- Indiv. Löffel

Termine:

Gerüst/Löffel/Biss

Anprobe/Gesamt

Anprobe II

Fertigstellung

Fertigstellung II

**NUR VON flair-dent AUSZUFÜLLEN!**

Eingang	Ausgang	Notizen
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.

Original + 1. Kopie an flair-dent · 2. Kopie bleibt in Praxis