

## Vorlage zur Anforderung von Kostenangeboten

**Fax: 0 42 64 - 8 37 78 - 29**

Praxis:.....

Patient:.....

Ort:.....

Fax / e-mail:.....

- Regelversorgung     Kasse

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

### Material:

- Hochgold     Reduziert     NEM     Zirkon     Vollzirkon     E.-Max. Press     PEEK

### Ausführung:

- Voll-Verblendung     Vestibuläre Verblendung     Implantatmaterial / Hersteller     Modellguss     Coverdenture

Bemerkung / Ansprechpartner

.....  
 .....  
 .....

Praxis:.....

Patient:.....

Ort:.....

Fax / e-mail:.....

- Regelversorgung     Kasse

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

### Material:

- Hochgold     Reduziert     NEM     Zirkon     Vollzirkon     E.-Max. Press     PEEK

### Ausführung:

- Voll-Verblendung     Vestibuläre Verblendung     Implantatmaterial / Hersteller     Modellguss     Coverdenture

Bemerkung / Ansprechpartner

.....  
 .....  
 .....