

Kostenvoranschlag

Fax 0208 74050 296

Mail info@smilodentax.de



SPEZIALISTEN FÜR GÜNSTIGEN ZAHNERSATZ

Kundennummer _____

Patient Frau Herr

Praxis _____

Vorname _____

Straße _____

Nachname _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Telefonnummer _____

Faxnummer _____

Rücksendung per E-Mail Telefon Fax

Legierung: <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Galvano <input type="checkbox"/> Hochwertig <input type="checkbox"/> Zirkon <input type="checkbox"/> Reduziert <input type="checkbox"/> E-Max <input type="checkbox"/> Vollzirkon <input type="checkbox"/> Empress	Implantatsystem / Hersteller: _____ Von Praxis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Modellgußbasis <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK Gesichtsbogen anbei <input type="checkbox"/> Stützstift-Registart <input type="checkbox"/>	Geschiebe: Preci Vertix <input type="checkbox"/> Duolock <input type="checkbox"/> Anker <input type="checkbox"/> Friktionselemente <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> _____ Riegel <input type="checkbox"/> Bredent Schwenkriegel <input type="checkbox"/> ZI Robolock <input type="checkbox"/> MK1 <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> _____
--	--	--

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

- | | |
|---|---|
| K: Krone Vollguss | T: Teleskopkrone Vollguss |
| KV: Krone vestibulär verblendet | TV: Teleskopkrone vestibulär verblendet |
| KM: Krone vollverblendet | TM: Teleskopkrone vollverblendet |
| ZK: Zirkonkrone | RS: Rückenschutz |
| ZB: Zirkonbrückenglied | RSV: Rückenschutz mit vestibulärer Kunststoffverblendung |
| B: Brückenglied Vollguss | H: Halteelement |
| BV: Brückenglied vestibulär verblendet | E: Zu ersetzender Zahn |
| BM: Brückenglied vollverblendet | χ: Lückenschluss |
| ST: Stiftaufbau | O: Geschiebe |
| PK: Teilkrone | I: Inlay |
- Kunststoffverblendung Keramikverblendung

Bemerkungen _____
