

Individueller Kostenvoranschlag

* Praxis

* Patient

* Datum

* Privat

☐

* Kasse

- ☐ Regelversorgung
☐ 100 %
☐ Gleichartig
☐ Andersartig

* E-Mail Praxis

* = diese Felder müssen ausgefüllt werden

Therapieplan

TP																	
R																	
B																	
	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
B																	
R																	
TP																	

E = zu ersetzender Zahn, K = Krone, B = Brückenglied, V = Vestibuläre Verblendung, M = Vollverblendung, H = Halteelement, R = Rückschutzplatte, O = Individuelles Geschiebe, T = Teleskopkrone, IG1-IG4 = Inlay aus Gold, IK1-IK4 = Inlay aus Keramik, S = Implantat/Suprakonstruktion, PK = Teilkronen
 Alle anderen Ausführungen bitte im Feld Bemerkungen aufführen.

☐ Gold Legierung _____

☐ NEM

☐ TK-Snap/TK-Soft _____

☐ Cover Denture

☐ Implantatsystem _____

☐ Zirkon verblendet

☐ Zirkon monolithisch

☐ e.max (Lithium-Disilikat-Keramik (LS2))

☐ Gesichtsbogen

☐ Stützziftregistrat

Bemerkungen:

