

Auftrag für Dental Technik Kiel



Praxis / Praxisanschrift 	Patient/in: Name, Vorname ☐ weiblich ☐ männlich Alter: _____ ☐ Kasse ☐ Privat ☐ Regelversorgung ☐ Gleichartig ☐ Andersartig ☐ Härtefall ☐ Ausnahmeindikation
--	--

☐ **Bitte Rücksprache**

☐ Scan geschickt
System _____

XML-Nr. _____

☐ Situ vorhanden

Zahnfarbe _____

Stumpffarbe _____ ☐ Stumpf ist dunkel verfärbt

Art der Arbeit:

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

☐ NEM ☐ Zirkon ☐ E-Max ☐ Hochgold ☐ Goldreduziert ☐ Galvano ☐ PMMA ☐ Titan ☐ Sonstiges _____

☐ unverblendet ☐ vestibulär verblendet ☐ vollverblendet ☐ monolithisch

☐ Verblockung an: _____

Implantatversorgung : System: _____ ☐ Abformpfosten bestellen ☐ Scanbody bestellen	☐ verschraubt ☐ zementiert ☐ indiv. Titanabutment ☐ indiv. Zirkonabutment
---	---

TERMINE	Fu Löffel	Bissnahme	Einprobe	2.Einprobe	3.Einprobe	Fertigstellung
Datum						
Uhrzeit						