

ANGEBOT FÜR ZAHNERSATZ

* Praxis:

* Patient/in:

Datum:

Name der Zahnärztin / des Zahnarztes:

Weibl.

Männl.

* Versicherung:

* Praxis E-Mail:

Alter:

* Pflichtfelder

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=Implantant/Suprakonstruktion, PK=Teilkrone

Material:

Alle anderen Ausführungen bitte hier aufführen:

NEM Zirkonverblendung
 EM Vollzirkon
 Galvano Zirkon.vest.verbl
 e.max

Angeliefert: Angebot erstellen per: Zeitraum:
 Modell E-Mail Sofort
 Löffel Fax Bis zum
 Biss Telefon

Malkodent Zahntechnik GmbH Tel: 030 5522 3825
 Waidmannsluster Damm 173 Fax: 030 5461 1858
 13469 Berlin ze@malkodent.de

Bitte online ausfüllen und absenden oder
 ausdrucken und faxen: 030 5461 1858
 oder per E-Mail an: ze@malkodent.de