

Anschrift des Arztes:

Patient/Name _____ Auftrag Nr. _____

Alter _____ männl. weibl.

Zahnstellung _____

Typ Zahnform _____ Zahnfarbe _____

Krankenkasse

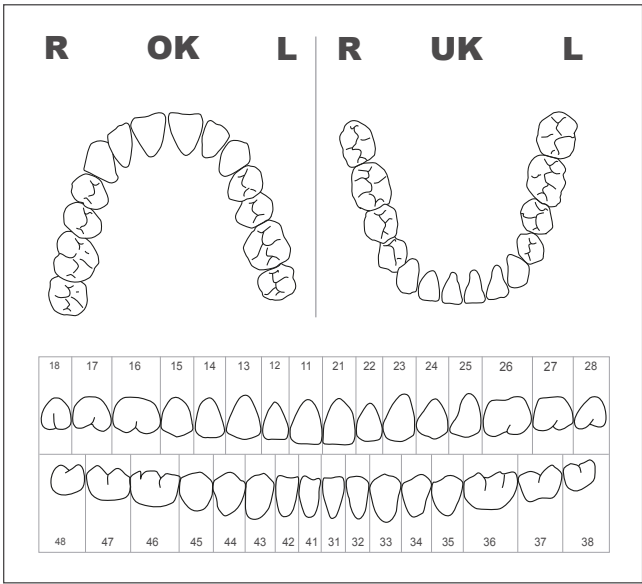
RVO

VdAK

Privat

Auftragsdatum:	Abformung <input type="checkbox"/> _____	Artikulator <input type="checkbox"/> _____	Sonstiges <input type="checkbox"/> _____	Rücksprache _____
Angemeldet:	Löffel <input type="checkbox"/> _____	Zähne <input type="checkbox"/> _____	_____	_____
	Modell <input type="checkbox"/> _____	Legierung <input type="checkbox"/> _____	_____	_____
	Biss <input type="checkbox"/> _____	Edelmetall _____ g	_____	_____

Termin	FU-Löffel	Bißschabl.	Anprobe 1	Anprobe 2	Anprobe 3	Fertigstellung
Datum						
Uhrzeit						



Carat Zahntechnik GmbH
 Blumenstraße 20
 22885 Barsbüttel
 Tel.: 040 - 71 1994 1
 Fax: 040 - 71 14 34 06
 info@carat-zahntechnik.de
 www.carat-zahntechnik.de