

Bitte per Fax an:

0 53 41 . 301 40 29

oder per E-Mail:

anmeldung@schillerdental.de



SchillerDental
THE NEXT GENERATION.

Anforderung Kostenvoranschlag

Praxis: Stempel

Datum:

Patient/in:

KV bis:

eilt

Versicherung:

GKV

Versorgung:

Regelversorgung

PKV

gleichartige Versorgung

Härtefall

andersartige Versorgung

Material:

NEM

Verblendung:

Keramik, vestibulär

hochgoldhaltig

Keramik, vollverbl.

goldreduziert

Komposite, vestibulär

Zirkonoxid

Komposite, vollverbl.

Presskeramik

Implantatsystem: _____

Sonstiges:

Stützstift Gesichtsbogen Zentrikplatte

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																									

Notizen: _____