

Bitte per Fax an:
0 53 41 . 301 40 29

oder per E-Mail:
anmeldung@schillerdental.de



Anforderung Kostenvoranschlag

Praxis: Stempel

Datum:

KV per:

☐ Telefon ☐ Fax ☐ E-Mail

KV bis:

☐ eilt

Patient/in:

Versicherung:

- ☐ GKV
☐ PKV
☐ Härtefall

Versorgung:

- ☐ Regelversorgung
☐ gleichartige Versorgung
☐ andersartige Versorgung

Material:

- ☐ NEM
☐ hochgoldhaltig
☐ goldreduziert
☐ Zirkonoxid
☐ Presskeramik

Verblendung:

- ☐ Keramik, vestibulär
☐ Keramik, vollverbl.
☐ Komposite, vestibulär
☐ Komposite, vollverbl.

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: _____