

Anfrage Leistungsangebot Labor

Per Fax an: **0261 988979-28**

Per Mail an: info@quality-smile.de



Zahnarzt Stempel	Vor- und Zuname Patient (bitte leserlich ausfüllen)
	Gesetzlich versichert bei
	Privat versichert bei
	<input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> Zusatzversichert

Art der Versorgung:	<input type="checkbox"/> Regelversorgung <input type="checkbox"/> gleichartige Versorgung <input type="checkbox"/> andersartige Versorgung
---------------------	--

Planung:

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

Material:	<input type="checkbox"/> Hoch-Gold <input type="checkbox"/> Eco-Gold <input type="checkbox"/> Lithium-Dislikat <input type="checkbox"/> vollanatomisch bemalt <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> GALVANO <input type="checkbox"/> Zirkon
-----------	--

Verblendung:	<input type="checkbox"/> Vollverblendung <input type="checkbox"/> vestibulär <input type="checkbox"/> Komposit <input type="checkbox"/> Keramikschulter
--------------	---

Basis: <input type="checkbox"/> Modellguss <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Titan <input type="checkbox"/> Geschiebe	Sonstiges: <input type="checkbox"/> individuelle Löffel <input type="checkbox"/> Gesichtsbogen <input type="checkbox"/> Stützstiftregistrat <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Sonderkunststoff	Implantatsystem: Größe Ø: <input type="checkbox"/> occlusal verschraubt <input type="checkbox"/> zementiert	OS-interne Bearbeitungsvermerke: lfd. Nr.: _____ weiter am: _____ vom: _____ an: _____
---	--	---	--

Leistungsangebot bitte per:	<input type="checkbox"/> per Fax an _____ <input type="checkbox"/> per Mail an _____
-----------------------------	---

Datum	Ansprechpartner Praxis	<input type="checkbox"/> Wir bitten um Rückruf <input type="checkbox"/> Terminplanung erbeten
-------	------------------------	--

Bemerkungen
