

K U R Z ZAHNTECHNIK GMBH

Anschrift

Nr.

Datum _____

Patient _____

Versicherung; (bitte ankreuzen)

- Kasse
 - Regelversorgung
 - gleichartige Versorgung
 - andersartige Versorgung
- Privat

Bemerkungen

Beilagen: _____ Artikulator _____ Abdruck
 _____ Löffel _____ Modell _____ Zähne
 _____ Gesichtsbogen _____ Biß _____ Farbmuster

Auftrag

Status bitte möglichst genau angeben! Bitte Kürzel verwenden!

Krone/Vollguß	K	Teleskop/verblendet	TV	Klammer 3-Arm	H3
Krone/Metallkeramik	KM	Geschiebe/Gelenk	⊕	Brücke/MK-Verbl	BM
Krone/Kst-Verbl	KV	Zu ersetzender Zahn	E	Modellguß	MGP
Teilkrone	TK	Brücke/Vollguß	B	Klammer 1-Arm	H1
Teleskop	T	Brücke/Kst-Verbl	BV	Klammer 2-Arm	H2

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

Zahnfarbe _____ Legierungsart _____

Termin

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
----	----	----	----	----	----

Datum _____

11 12 13
 10 14
 9 Uhrzeit 15
 8 16
 7 18 17

Kurz
 Zahntechnik GmbH
 Tübinger Straße 3
 72144 Dusslingen
 Telefon 07072/91790
 Telefax 07072/917979