

Anfrage Kostenvoranschlag

Gerne können Sie uns Ihre Anfrage mailen
 oder an die Nr. **08 21. 41 90 23 45 faxen.**
 Vielen Dank für Ihr Interesse!

Patientenname: Kasse Gleichartig Andersartig Privat

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> hochproz. Gold | <input type="radio"/> MK-Krone NEM/CAD |
| <input type="radio"/> Zirkon zum Verblenden | <input type="radio"/> Vollzirkon |
| <input type="radio"/> e.max | <input type="radio"/> Prettau oder Prettau-Anterior |
| <input type="radio"/> NEM | <input type="radio"/> Titan |

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

- | | | |
|---|------------------------------|----------------------------|
| E = zu ersetzender Zahn | K = Krone | B = Brückenglied |
| V = Kunststoffverblendung | M = Metallkeramikverblendung | O = Verbindungsvorrichtung |
| H = Halte- und Stützvorrichtung | T = Teleskopkrone | |
| — = Verblockung, Steg, verbundene Brückenspanne | | |

Detaillierte Arbeitsbeschreibung:

Bitte geben Sie Ihre Praxis, Anschrift und Telefonnummer an, damit wir Ihnen die gewünschten Informationen mailen bzw. faxen können.

Praxisstempel: