

Kostenvoranschlag

Patienten-Name / -Nummer: _____ Datum _____

_____ Stempel / Praxis _____

Versicherung des Patienten: _____

TP	<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"/>	
RV	<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"/>	
Befund	<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"/>	
	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
Befund	<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"/>
RV	<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"/>
TP	<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"/>

B = Brückenglied E = zu ersetzender Zahn H = gegossene Klammern K = Krone M = Vollverbl. Keramik V = Vest. Verblendung
 PK = Teilkrone T = Teleskopkrone S = implantatgeragene Seprakonstruktion

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Härtefall | <input type="checkbox"/> Gleichartig | <input type="checkbox"/> Andersartig | <input type="checkbox"/> GKV |
| <input type="checkbox"/> Regelversorgung | <input type="checkbox"/> red. Gold | <input type="checkbox"/> Galvano | <input type="checkbox"/> PKV |
| <input type="checkbox"/> Hochgold | <input type="checkbox"/> Zirkon-teilverblendet | <input type="checkbox"/> Vollzirkon | <input type="checkbox"/> NEM |
| <input type="checkbox"/> Zirkon-vollverblendet | <input type="checkbox"/> Zirkon-teilverblendet | <input type="checkbox"/> vollverblendet Komposit | |
| <input type="checkbox"/> vestibulär verblendet Komposit | <input type="checkbox"/> Zirkon-teilverblendet | <input type="checkbox"/> vollverblendet Komposit | |
| <input type="checkbox"/> vestibulär verblendet Keramik | <input type="checkbox"/> Zirkon-teilverblendet | <input type="checkbox"/> vollverblendet Keramik | |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsbogen | <input type="checkbox"/> Zirkon-teilverblendet | <input type="checkbox"/> Implantatversorgung | |
| <input type="checkbox"/> Reiseprothese | <input type="checkbox"/> Zirkon-teilverblendet | System: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Coverdenture mit MG
(dental-paradontalgestützte
Teleskopprothese) | <input type="checkbox"/> Coverdenture geg.
Basisteil | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Scan - gedruckte Modelle | <input type="checkbox"/> Zebris-Vermessung | | |