

AUFTRAG

! Bitte fügen Sie dem Auftrag eine Kopie des genehmigten Heil- und Kostenplans bei.

dentaltrade GmbH • Otto-Lilienthal-Straße 27 • 28199 Bremen/Germany
 Ph.: +49 (0)421 247 147-0 • Fax: +49 (0)421 247 147-9 • www.dentaltrade.de

Patient _____

Name der Praxis • Praxisstempel • Kundennummer

Krankenversicherung _____

BonusCard-Nr. _____

Rabattcode _____

Auftragsnummer
für die digitale Abrechnung _____

! Bitte fügen Sie zur reibungslosen Abwicklung einen Ausdruck des Fremdlaboraauftrags bei.









Versicherung: Privat Kasse
 Versorgung: Gleichartig Andersartig Regelversorgung

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		FARBE
<input type="checkbox"/> Hochgold	<input type="checkbox"/> Zirkon (verblendet CAD-CAM)	<input type="checkbox"/> Vita A _____
<input type="checkbox"/> Gold reduziert (silberfarben)	<input type="checkbox"/> Multilayer Zirkon	<input type="checkbox"/> Vita B _____
<input type="checkbox"/> Silber-Palladium	<input type="checkbox"/> Vollzirkon* (bemalt CAD-CAM)	<input type="checkbox"/> Vita C _____
<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> IPS e.max Press	<input type="checkbox"/> Vita D _____
<input type="checkbox"/> Galvano		<input type="checkbox"/> _____

EDELMETALL • KERAMIK

<input type="checkbox"/> Einzelkrone _____	<input type="checkbox"/> Kronenblock _____
<input type="checkbox"/> Brücke _____	<input type="checkbox"/> VMK _____
<input type="checkbox"/> Inlay/Onlay _____	<input type="checkbox"/> Vollguss _____
<input type="checkbox"/> Stiftaufbau _____	<input type="checkbox"/> Kunststoffverblendung _____
<input type="checkbox"/> Teilkrone _____	

VERBLENDUNGSART	BRÜCKENGLIED-GESTALTUNG
Kronen/Teleskope	
<input type="checkbox"/> Totale Verblendung 	<input type="checkbox"/> Sattel 
<input type="checkbox"/> Palatinal/Lingual (Metallrand) 	<input type="checkbox"/> Tangential 
<input type="checkbox"/> Metallrand zirkulär (_____ mm) 	<input type="checkbox"/> Pontic 
<input type="checkbox"/> Vestibuläre Verbl. 	<input type="checkbox"/> Schwebel 

KOMBINIERTER ZAHNERSATZ

<input type="checkbox"/> Teleskope _____	
<input type="checkbox"/> Anker _____	
<input type="checkbox"/> Riegel (MK 1) _____	
<input type="checkbox"/> Geschiebe: _____	<input type="checkbox"/> Duolock <input type="checkbox"/> Preci-Vertex
<input type="checkbox"/> Steg: _____	<input type="checkbox"/> Dolder <input type="checkbox"/> Preci-Horix

MODELLGUSS • KUNSTSTOFFTECHNIK

<input type="checkbox"/> OK Modellguss _____	<input type="checkbox"/> OK Aufstellung _____
<input type="checkbox"/> UK Modellguss _____	<input type="checkbox"/> UK Aufstellung _____
<input type="checkbox"/> Halteelement _____	<input type="checkbox"/> OK Fertigstellung _____
<input type="checkbox"/> Auflagen _____	<input type="checkbox"/> UK Fertigstellung _____
<input type="checkbox"/> Coverdenture _____	<input type="checkbox"/> Reiseprothese _____

ARBEITSVORBEREITUNGEN

<input type="checkbox"/> OK Fu.-Löffel _____	<input type="checkbox"/> OK Bissnahme _____
<input type="checkbox"/> UK Fu.-Löffel _____	<input type="checkbox"/> UK Bissnahme _____
<input type="checkbox"/> ZPS Stützstift-registrat _____	<input type="checkbox"/> _____

WUNSCHTERMINE

	T	T	M	M	
<input type="checkbox"/> Gerüsteinprobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____
<input type="checkbox"/> Rohbrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____
<input type="checkbox"/> Gesamteinprobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____
<input type="checkbox"/> Fertigstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____

! Bitte beachten! Die Zustellung Ihrer Arbeit/en erfolgt in der Regel **bis 12 Uhr**.

VERMERKE Materialunverträglichkeiten Rückruf erbeten

Auftragsdatum: _____ Unterschrift: _____

Der Auftrag wird zu unseren aktuellen AGB, die im Internet unter www.dentaltrade.de zur Einsicht zur Verfügung stehen, oder auf Wunsch zugesendet werden können, ausgeführt. Der Auftrag gilt nur mit (Praxis-) Stempel und Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht.
 * Vollanatomisch geformt. Nur für den SZB.