

STEMPEL / PRAXIS

Vor- und Zuname/ Nummer Patient:in

Weiblich Männlich Divers

Name der Krankenkasse

Kasse Privat 100%

Regel Gleichartig Andersartig

Datum

Ansprechpartner:in Praxis

zurück bis

per FAX an / per E-Mail an

Fax an: 04723 / 500 259
E-Mail an: info@dentecs.de

KONSTRUKTIONSPLANUNG

Plan 2																
Plan 1																
Befund																
	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																
Plan 1																
Plan 2																

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <p>Material</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zirkon verblendet <input type="checkbox"/> Zirkon monolithisch <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> e.Max | <p>Verblendung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> Komposite <input type="checkbox"/> Vestibulär <input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> Keine | <p>Basis</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Modellguss <input type="checkbox"/> Gaumenfrei <input type="checkbox"/> Coverdenture <input type="checkbox"/> Allergiekunststoff | <p>Teleskope</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Primär NEM <input type="checkbox"/> Primär Zirkon <input type="checkbox"/> Si-Tec TK-Soft <input type="checkbox"/> Friktionsstift <input type="checkbox"/> PEEK | <p>Funktionsanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesichtsbogen <input type="checkbox"/> Stützstiftregistrat <input type="checkbox"/> IPR <input type="checkbox"/> zebris | <p>Provisorisch</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Langzeitprovi metallamiert <input type="checkbox"/> Langzeitprovi PMMA <input type="checkbox"/> Ersatzprothese |
|--|--|---|--|--|--|

- Implantatsystem** _____
- | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lieferung von Praxis | <input type="checkbox"/> zementiert | <input type="checkbox"/> konfektioniert | <input type="checkbox"/> individuell / Zirkon | <input type="checkbox"/> Röntgenschablone | <input type="checkbox"/> Navigation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Lieferung von Labor | <input type="checkbox"/> verschraubt | | <input type="checkbox"/> individuell / NEM | <input type="checkbox"/> Bohrschablone | |

Sonstiges Stiftaufbau

BEMERKUNGEN

Rücksprache Ja Nein