

Faxanfrage für einen Kostenvoranschlag

Fax an: 02 01 – 76 10 41

Name des Patienten: _____

- Privat:
- Andersartige Versorgung:
- Gleichartige Versorgung:
- Regelversorgung:

- Zusätzliche Leistungen:
- Ästhetik:
 - Funktion:
 - Technologie:
 - Material:

- Zirkonoxyd
- Galvano
- EM-Legierung
- NEM-Legierung

TP																
R																
B																
	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
B																
R																
TP																

Bemerkungen: _____

Praxisstempel: