

Kostenvoranschlag

Patient: _____

Praxis / Stempel: _____

Kasse ☐ Privat ☐

RV ☐ GV ☐ AV ☐

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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

☐ NEM ☐ Hochgold ☐ Zirkon ☐ Empress

Ausführung

☐ Vollverblendung ☐ Vestibuläre Verblendung ☐ Modellguss ☐ Coverdenture

☐ Implantattyp und Hersteller: _____