

## KOSTENVORANSCHLAG PROTHETIK

### ZAHNARZTPRAXIS

Name / Stempel  
.....

Fax-Nr. / E-Mail  
.....

### PATIENT/IN

Name  
.....

Bitte KV bis  
.....

PRIVAT     REGEL     GLEICHARTIG     DIGITALE  
 GKV        LEISTUNG     ANDERSARTIG    ABFORMUNG

### LEISTUNG

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
TP	.....															
	.....															
	.....															
R	.....															
B	.....															

**MATERIAL**

NEM

Gold

Zirkon

**VERBLENDUNG**

voll

teil

ohne

### BEMERKUNG