

Anforderung Kostenvoranschlag

Vor- und Zuname Patient

Datum

Kasse Privat Härtefall eilt sehr

- Privat (BEB)
- Kasse (BEL II)
- kombinierte gleichartige oder andersartige Versorgung BEB und BEL II
- bitte um Rückruf

Stempel Zahnarztpraxis

Labor: _____

TP																	TP
Befund																	Befund
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
Befund																	Befund
TP																	TP

Bitte ankreuzen:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interimsprothese <input type="checkbox"/> Immediatprothese <input type="checkbox"/> 8000 <input type="checkbox"/> 8010 <input type="checkbox"/> 8020 <input type="checkbox"/> Modellguss - Prothese <input type="checkbox"/> Cover Denture Prothese <input type="checkbox"/> Individueller Löffel <input type="checkbox"/> Krone/Brücke: <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Zirkon <input type="checkbox"/> mit Verblendung: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vollverblendet <input type="checkbox"/> ohne Verblendung <input type="checkbox"/> OK/UK Gesamtplanung <input type="checkbox"/> Sonstiges | <p>Zusätzliche Informationen bei Implantatarbeiten</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> E-Max</p> <p><input type="checkbox"/> vestibulär</p> <p><input type="checkbox"/> OK/UK getrennte Angebote</p> |
|--|--|