

Kostenvoranschlag

Fax: 08191 22996
info@cs-zahntechnik.de



Zahnarztpraxis: _____

Eingangsdatum: _____

Angebot erbeten bis: _____

per Fax im Original per eMail

Patient: Frau/Herr _____

GKV Privat

zu verwendende Kürzel:

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| E = zu ersetzender Zahn | H = Halte- u. Stützvorrichtung | - = Verbindung wie Steg | B = Brückenglied |
| K = Krone | S = Stiftaufbau | I = Inlay | O = Geschiebe/Riegel |
| KB = Keramikverblendetes Brückenglied | PR = Procera |)(= Lückenschluss | V = vestibuläre Verblendung |
| T = Teleskopkrone | KM = Keramikverblendkrone | TV = Teleskopkrone Kunststoffverblendet | R = Wurzelstiftkappe |
| | IK = Implantatsuprakonstruktion | KV = Kunststoffverblendkrone | K = Zirkonoxidkrone |
| | PK = Teilkkrone | M = Metallkeramik Verblendung | |

TP																
B																
OK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B																
TP																

TP = Therapieplan, B = Befund, OK = Oberkiefer, UK = Unterkiefer

Art der Arbeit: _____

Regelversorgung gleichartige Versorgung andersartige Versorgung

Gesichtsbogen: Ja Nein

Laborimplantat angeliefert: Ja Nein Implantatsystem: _____

Material/Legierung: NEM Vollkeramik Silberpalladium Hochgoldhaltig
 Sonderkunststoff Edelmetall Gold red.

Anzahl Einproben: Sonstiges: _____