

VERSICHERUNG

☐ KASSE ☐ PRIVAT

VERSORGUNG

☐ GLEICHARTIG
☐ ANDERSARTIG
☐ REGELVERSORGUNG

PATIENTENNUMMER

KRANKENKASSE

XML - NUMMER

ZAHNARZT / PRAXISSTEMPEL

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

KRONEN & BRÜCKEN

☐ EINZELKRONE	_____	☐ KRONENBLOCK	_____
☐ BRÜCKE	_____	☐ VENEER	_____
☐ INLAY / ONLAY	_____	☐ TEILKRONE	_____
☐ STIFTAUFBAU	_____	☐ IMPLANTAT	_____

MATERIAL

☐ IPS e.max	☐ NEM
☐ ZIRKON (keramisch verblendet)	☐ VOLLZIRKON (monolithisch, bemalt)
☐ VALPLAST	

FARBEN

☐ VITA A	_____
☐ VITA B	_____
☐ VITA C	_____
☐ VITA D	_____

KOMBINIERTER ZAHNERSATZ

☐ TELESKOPE	_____		
☐ KLAMMERMODELLGUSS	☐ KLAMMER AN: _____		
☐ METALLBASIS	_____		
☐ GESCHIEBE	_____	☐ ERA	☐ PRECI-VERTIX
☐ STEG	_____	☐ PRECI-HORIX	
☐ TOTALE PROTHESE	☐ TEILPROTHESE	☐ FLEXPROTHESE	

VERBLENDUNGSART

	TOTALE VERBLENDUNG	☐	_____
	METALLRAND PALAT. / LINGUAL	☐	_____
	(_____ mm)		
	METALLRAND ZIRKULÄR (360°)	☐	_____
	(_____ mm)		
	VESTIBULÄRE VERBLENDUNG	☐	_____
	VOLLMETALL / VOLLGUSS	☐	_____

REISEPROTHESE

SONDERPREIS BEI GLEICHZEITIGER FERTIGUNG DER ERSTPROTHESE

☐ JA, ZUSATZPROTHESE ERWÜNSCHT

TERMINE

PRIMÄR / INDIV. - LÖFFEL _____
/ BISS - SCHABL. _____ DATUM1. EINPROBE _____
DATUM2. EINPROBE _____
DATUMFERTIGSTELLUNG _____
DATUMZUSTELLUNG ERFOLGT
BIS 12:00 UHRBITTE UM
TELEFONISCHE RÜCKSPRACHE

IMPLANTOLOGIE

☐ IMPLANTAT - HERSTELLER:	_____
☐ IMPLANTAT - SYSTEM:	_____
☐ IMPLANTAT - DURCHMESSER:	_____

GINGIVA - HÖHE: _____ mm

PROTHETIK: ☐ ZEMENTIERT ☐ OKKLUSAL VERSCHRAUBT

NORDICDENT SOLL IMPLANTAT - TEILE KOSTENPFLICHTIG BESTELLEN

☐ ABFORMPFOSTEN	☐ LABORANALOG	☐ ABUTMENT
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

VERMERKE

nordicdent®

ORT, AUFTRAGSDATUM

UNTERSCHRIFT