



Praxisadresse: _____

Datum: _____

RV GV AV

Patient:

Erste 4 Buchstaben des Familiennamens:

Patienten-Nr. in Ihrer Praxis:

weiblich männlich Kasse Privat

Zahnfarbe: _____

Patient kommt zur Zahnfarbenbestimmung ins Labor am: _____

Stumpffarbe e.max Krone: _____

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	
B																	
R																	
TP																	

Patiententermin

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Liefertermin

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Auftragsnummer für XML Datei:

Bitte geben Sie **IMMER** die Auftragsnummer für die XML-Datei mit an!

Bitte Rückruf _____

Benutztes Implantatsystem: _____

Mitgelieferte Implantatteile: _____

e.max Krone Zirkon Valplast Clear Splint

Edelmetall NEM Rainer ONE Puro (Hochleistungskunststoff)

Mitgeliefert Modelle Ü-Tisch Biß Löffel Foto USB-Stick

Notizen Labor intern: _____

Techniker: _____