



Praxisadresse:

Datum: _____

RV GV AV

Patient:

Erste 4 Buchstaben des Familiennamens:

Patienten-Nr. in Ihrer Praxis:

Kasse
 weiblich männlich Privat

GKV PKV RV GV AV

TP																
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																
TP																

Planung / Bemerkungen:

- e.max
- Zirkon
- Edelmetall
- reduzierte Legierung
- NEM
- Valplast
- Sonstiges Material: _____

Implantatsystem: _____ wird geliefert

FAL (GOZ8000er): _____

gefaxt am: _____ gefaxt von: _____

Bitte KV per Mail Fax zurück bis: _____

Rainer Dental e.K.
 Regensburger Str. 24
 D - 84048 Mainburg
 Tel. 0049 - 8751 - 77 868-0
 Fax 0049 - 8751 - 77 868-50
 E-Mail info@rainerdental.de
 www.rainerdental.de

✓ Beauty Aligner Technologie

✓ Hochwertige Implantatprothetik

✓ Ästhetische Restaurationen