

Bitte dieses Feld freilassen!

RAINER DENTAL AUFTRAG

PATIENT

Erste 4 Buchstaben
des Familiennamens:

Patienten-Nr. in Ihrer Praxis:

weiblich männlich

Kasse Privat

Datum:

 RV GV AV

Zahnfarbe:

Stumpffarbe e.max Krone:

Praxisstempel:

Behandler:

PATIENTENTERMIN

Datum:

Uhrzeit:

LIEFERTERMIN

Datum:

Uhrzeit:

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																

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

Auftragsnummer für XML Datei:

Befundnummer:

Bitte Rückruf _____

Benutztes Implantatsystem: _____

Mitgelieferte Implantatteile: _____

e.max Krone

Zirkon

Puro.Flexx

Clear Splint

Edelmetall

NEM

Rainer Brux

Rainer One

Notizen Labor intern: _____