

# Kostenvoranschlag

→ Fax 08751 77868-50

RAINER DENTAL



Praxisstempel:

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
- Puro.Flexx**
- 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 77868-0  
 Fax 0049 - 8751 77868-50  
 E-Mail info@rainerdental.de  
 www.rainerdental.de

