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 ☐ m nnlich ☐ Privat

NEU

☐ 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
☐ **Puro.Flexx**
☐ Sonstiges Material:

Implantatsystem: _____ ☐ wird geliefert

FAL (GOZ8000er): _____

gefaxt am: _____ gefaxt von: _____

Bitte KV per ☐ Mail ☐ Fax zur ck 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

✓ Beauty Aligner Technologie

✓ Hochwertige Implantatprothetik

✓ sthetische Restaurationen