

AUFTRAG









! Bitte fügen Sie dem Auftrag eine Kopie des genehmigten Heil- und Kostenplans bei.

dentaltrade GmbH • Grazer Straße 8 • 28359 Bremen/Germany
Ph.: +49 (0)421 247 147-0 • Fax: +49 (0)421 247 147-9 • www.dentaltrade.de

Patient _____
Krankenversicherung _____
BonusCard-Nr. _____
Rabattcode _____
Auftragsnummer _____
für die digitale Abrechnung

Name der Praxis • Praxisstempel • Kundennummer

! Bitte fügen Sie zur reibungslosen Abwicklung einen Ausdruck des Fremdlaboraauftrags bei.

<p>Versicherung: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Kasse Versorgung: <input type="checkbox"/> Gleichartig <input type="checkbox"/> Andersartig <input type="checkbox"/> Regelversorgung</p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																			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																					<p>MATERIAL</p> <p><input type="checkbox"/> Hochgold <input type="checkbox"/> Zirkon (verblendet CAD-CAM) <input type="checkbox"/> Gold reduziert (silberfarben) <input type="checkbox"/> Vollzirkon* (bemalt CAD-CAM) <input type="checkbox"/> Silber-Palladium <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Galvano <input type="checkbox"/> IPS e.max Press</p>	<p>FARBE</p> <p><input type="checkbox"/> Vita A _____ <input type="checkbox"/> Vita B _____ <input type="checkbox"/> Vita C _____ <input type="checkbox"/> Vita D _____ <input type="checkbox"/> _____</p>
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																																																											
<p>EDELMETALL • KERAMIK</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelkrone _____ <input type="checkbox"/> Kronenblock _____ <input type="checkbox"/> Brücke _____ <input type="checkbox"/> VMK _____ <input type="checkbox"/> Inlay/Onlay _____ <input type="checkbox"/> Vollguss _____ <input type="checkbox"/> Stiftaufbau _____ <input type="checkbox"/> Kunststoffverblendung _____ <input type="checkbox"/> Teilkrone _____</p>	<p>VERBLENDUNGSART</p> <p>Kronen/Teleskope</p> <p><input type="checkbox"/> Totale Verblendung  <input type="checkbox"/> Palatinal/Lingual (Metallrand)  <input type="checkbox"/> Metallrand zirkulär (_____ mm)  <input type="checkbox"/> Vestibuläre Verbl. </p>	<p>BRÜCKENGLIED-GESTALTUNG</p> <p><input type="checkbox"/> Sattel  <input type="checkbox"/> Tangential  <input type="checkbox"/> Pontic  <input type="checkbox"/> Schwebel </p>																																																																								
<p>KOMBINIERTER ZAHNERSATZ</p> <p><input type="checkbox"/> Teleskope _____ <input type="checkbox"/> Anker _____ <input type="checkbox"/> Riegel (MK 1) _____ <input type="checkbox"/> Geschiebe: _____ <input type="checkbox"/> Duolock <input type="checkbox"/> Preci-Vertex <input type="checkbox"/> Steg: _____ <input type="checkbox"/> Dolder <input type="checkbox"/> Preci-Horix</p>	<p>MODELLGUSS • KUNSTSTOFFTECHNIK</p> <p><input type="checkbox"/> OK Modellguss _____ <input type="checkbox"/> OK Aufstellung _____ <input type="checkbox"/> UK Modellguss _____ <input type="checkbox"/> UK Aufstellung _____ <input type="checkbox"/> Halteelement _____ <input type="checkbox"/> OK Fertigstellung _____ <input type="checkbox"/> Auflagen _____ <input type="checkbox"/> UK Fertigstellung _____ <input type="checkbox"/> Coverdenture _____ <input type="checkbox"/> Reiseprothese _____</p>																																																																									
<p>ARBEITSVORBEREITUNGEN</p> <p><input type="checkbox"/> OK Fu.-Löffel _____ <input type="checkbox"/> OK Bissnahme _____ <input type="checkbox"/> UK Fu.-Löffel _____ <input type="checkbox"/> UK Bissnahme _____ <input type="checkbox"/> ZPS Stützstift-registrat _____ <input type="checkbox"/> _____</p>	<p>WUNSCHTERMINE</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="text-align: center;">T T M M</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gerüsteinprobe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>bis 12 Uhr _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rohbrand</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>bis 12 Uhr _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesamteinprobe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>bis 12 Uhr _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fertigstellung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>bis 12 Uhr _____</td> </tr> </table>			T T M M		<input type="checkbox"/> Gerüsteinprobe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____	<input type="checkbox"/> Rohbrand	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____	<input type="checkbox"/> Gesamteinprobe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____	<input type="checkbox"/> Fertigstellung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____																																																									
	T T M M																																																																									
<input type="checkbox"/> Gerüsteinprobe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____																																																																								
<input type="checkbox"/> Rohbrand	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____																																																																								
<input type="checkbox"/> Gesamteinprobe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____																																																																								
<input type="checkbox"/> Fertigstellung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bis 12 Uhr _____																																																																								

VERMERKE Materialunverträglichkeiten Rückruf erbeten

Auftragsdatum: _____ Unterschrift: _____

Der Auftrag wird zu unseren aktuellen AGB, die im Internet unter www.dentaltrade.de zur Einsicht zur Verfügung stehen, oder auf Wunsch zugesendet werden können, ausgeführt. Der Auftrag gilt nur mit (Praxis-) Stempel und Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht.
* Vollanatomisch geformt. Nur für den SZB.