

VORLAGE ZUR ANFORDERUNG VON KOSTENVORANSCHLÄGEN



FAX: (0421) 247 147-399
FREECALL: (0800) 247 147-7

dentaltrade GmbH • Grazer Straße 8 • 28359 Bremen/Germany
info-kv@dentaltrade.de • www.dentaltrade.de

Praxis _____ Ort _____
 Patient _____ Fax _____
 Patientenempfehlungsnr. _____ Krankenkasse _____
 Neukunde Kunde Kundennummer _____

Versorgung: Gleichartig Andersartig Regelversorgung Ausnahmeindikation
 Härtefall: Ja Nein

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

MATERIAL			AUSFÜHRUNG		
<input type="checkbox"/> Hochgold	<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> Zirkon (verblendet CAD-CAM)	<input type="checkbox"/> Totale Verblendung	<input type="checkbox"/> Reiseprothese	
<input type="checkbox"/> Gold reduziert (silberfarben)	<input type="checkbox"/> Galvano	<input type="checkbox"/> Vollzirkon (bemalt CAD-CAM)	<input type="checkbox"/> Vestibuläre Verblendung	<input type="checkbox"/> Implantatmaterial/ Hersteller: _____	
<input type="checkbox"/> Silber-Palladium	<input type="checkbox"/> IPS e.max Press		<input type="checkbox"/> Modellguss		
			<input type="checkbox"/> Coverdenture		

BEMERKUNGEN/ANSPRECHPARTNER

1

Praxis _____ Ort _____
 Patient _____ Fax _____
 Patientenempfehlungsnr. _____ Krankenkasse _____
 Neukunde Kunde Kundennummer _____

Versorgung: Gleichartig Andersartig Regelversorgung Ausnahmeindikation
 Härtefall: Ja Nein

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

MATERIAL			AUSFÜHRUNG		
<input type="checkbox"/> Hochgold	<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> Zirkon (verblendet CAD-CAM)	<input type="checkbox"/> Totale Verblendung	<input type="checkbox"/> Reiseprothese	
<input type="checkbox"/> Gold reduziert (silberfarben)	<input type="checkbox"/> Galvano	<input type="checkbox"/> Vollzirkon (bemalt CAD-CAM)	<input type="checkbox"/> Vestibuläre Verblendung	<input type="checkbox"/> Implantatmaterial/ Hersteller: _____	
<input type="checkbox"/> Silber-Palladium	<input type="checkbox"/> IPS e.max Press		<input type="checkbox"/> Modellguss		
			<input type="checkbox"/> Coverdenture		

BEMERKUNGEN/ANSPRECHPARTNER

2