

# VORLAGE ZUR ANFORDERUNG VON KOSTENVORANSCHLÄGEN

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

dentaltrade GmbH • Otto-Lilienthal-Straße 27 • 28199 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"/> Multilayer Zirkon	<input type="checkbox"/> Vestibuläre Verblendung	<input type="checkbox"/> Implantatmaterial/	
<input type="checkbox"/> Silber-Palladium	<input type="checkbox"/> IPS e.max Press	<input type="checkbox"/> Vollzirkon (bemalt CAD-CAM)	<input type="checkbox"/> Modellguss	Hersteller: _____	
			<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"/> Multilayer Zirkon	<input type="checkbox"/> Vestibuläre Verblendung	<input type="checkbox"/> Implantatmaterial/	
<input type="checkbox"/> Silber-Palladium	<input type="checkbox"/> IPS e.max Press	<input type="checkbox"/> Vollzirkon (bemalt CAD-CAM)	<input type="checkbox"/> Modellguss	Hersteller: _____	
			<input type="checkbox"/> Coverdenture		

## BEMERKUNGEN/ANSPRECHPARTNER

2