

FORMULAR FÜR DIE PRAXIS

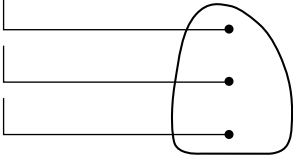










[Zahnersatz:Müller]

www.zahnersatz-mueller.de | info@zahnersatz-mueller.de | Fax: 0 21 02-100 49 815 | Tel.: 0 21 02-100 49 80

Auftr.-Nr.	Datum	Kunden-Nr.	Eingangskontrolle
------------	-------	------------	-------------------

Praxis:	Herstellung <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Ausland Versichert <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat
Patient:	ZahnCard-Nr. <input type="text"/> XML-Nr. <input type="text"/>

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

Zahnfarbe: 	Gestaltung: <input type="checkbox"/>  Sattelförmig <input type="checkbox"/>  Tangential <input type="checkbox"/>  Schwebend	Verblendung: <input type="checkbox"/>  Vollverblendet <input type="checkbox"/>  Lingual Metall <input type="checkbox"/>  Buccal verblendet	Material: <input type="checkbox"/> Zirkon vollanatomisch <input type="checkbox"/> Zirkon Mehrschicht <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> EM (hochwertig) <input type="checkbox"/> EM (reduziert) <input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> E.Max
Modellguss-Form: <input type="checkbox"/>  Transversale Basis <input type="checkbox"/>  Hufeisenförmige Basis <input type="checkbox"/>  Skelettierte Basis <input type="checkbox"/>  Bügelfrei			

Bemerkungen

Termine:	<input type="checkbox"/> Gerüst/Löffel/Biss <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Anprobe/Gesamt <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Rohbrand <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Fertigstellung <input type="text"/>	Endkontrolle <input type="text"/> Endkontrolle <input type="text"/> Endkontrolle <input type="text"/> Endkontrolle <input type="text"/>
-----------------	--	--

PER E-MAIL VERSENDEN