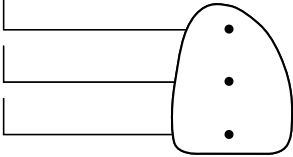












Auftr.-Nr.	Datum	Kunden-Nr.	Eingangskontrolle
------------	-------	------------	-------------------

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:	Verblendung:	Material:
	<input type="checkbox"/>  Sattelförmig <input type="checkbox"/>  Tangential <input type="checkbox"/>  Schwebend	<input type="checkbox"/>  Vollverblendet <input type="checkbox"/>  Lingual Metall <input type="checkbox"/>  Buccal verblendet	<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"/>	Endkontrolle <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anprobe/Gesamt	<input type="text"/>	Endkontrolle <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rohbrand	<input type="text"/>	Endkontrolle <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fertigstellung	<input type="text"/>	Endkontrolle <input type="text"/>

PER E-MAIL VERSENDEN