

																		Name des Zahnarztes											
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														
Herstellungsart <input type="checkbox"/> Hochgold <input type="checkbox"/> Zirkon / geschichtet <input type="checkbox"/> e.max Press / geschichtet <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Gold reduziert <input type="checkbox"/> Zirkon / monolithisch <input type="checkbox"/> e.max Cad / geschichtet																		Name, Vorname des Patienten										Auftrags-Nr.	
Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> Regelversorgung <input type="checkbox"/> Gleichartig <input type="checkbox"/> Andersartig										Zahnfarbe																			
XML-Nr.:																		Termine											
Leistungen																		Löffel, Modelle											
																		⌚											
																		Bissnahme / Stützstiftreg.											
																		⌚											
																		Gerüstanprobe / Primär											
																		⌚											
																		Gesamtanprobe											
																		⌚											
																		2. Anprobe											
																		⌚											
Abformung <input type="checkbox"/> _____ Löffel <input type="checkbox"/> _____ Modell <input type="checkbox"/> _____ Biss <input type="checkbox"/> _____						Artikulator <input type="checkbox"/> _____ Zähne <input type="checkbox"/> _____ Gesichtsbogen <input type="checkbox"/> _____						Unterschrift des Behandlers						Fertigstellung											
																		⌚											