

																		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												
<b>Herstellungsart</b> <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																											
<b>Versicherungsstatus</b> <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					Name, Vorname des Patienten					Auftrags-Nr.							
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												
																		⌚									