

**Auftragsdatum:**

**Lieferdatum:**

**Auftragsnummer:**

**Anschrift Zahnarzt:**

**Name, Patient, Nummer:**

**Krankenkasse:**

**Typ Zahnstellung:**

**Zahnform:**

**Alter:**  
 männlich  
 weiblich

**Zahnfarbe:**

Bitte in Zahnschema eintragen : **K** = Kronengerüst **B** = Brückengliedgerüst **TK** = Primärteleskop

<b>OK</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<b>UK</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>

Abformung  \_\_\_\_\_  
 Modell  \_\_\_\_\_  
 Artikulator  \_\_\_\_\_  
 Legierung  \_\_\_\_\_

Löffel  \_\_\_\_\_  
 Biss  \_\_\_\_\_  
 Zähne  \_\_\_\_\_

**Vertragsleistung:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Privatleistung:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Materialien:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Auftragsbestätigung**

**Datum / Ort:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_