



R OK L

R UK L

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

Anschrift des Zahnarztes

Name, Patient, Nummer Privat GKV

r
s
a

 Auftrag Nr.

TYP Zahnform Zahnfarbe

Zahnstellung _____

Alter _____ M W

Auftrags-Leistung

Privat-Leistung

Termin	Tag	Uhr
FU-Löffel		
Bißschabl.		
Anprobe 1		
Anprobe 2		
Anprobe 3		
Liefertermin		
Mo	Di	Mi
Do	Fr	
Datum:		
Uhrzeit:		

Abformung <input type="checkbox"/>	Artikulator <input type="checkbox"/>	Sonstiges _____	Rücksprache _____	Auftragsdatum _____
Löffel <input type="checkbox"/>	Zähne <input type="checkbox"/>	_____	_____	Angemeldet _____
Modell <input type="checkbox"/>	Legierung <input type="checkbox"/>	_____	_____	
Biß <input type="checkbox"/>	Edelmetall _____	_____	_____	

Der Auftrag wird zu unseren Geschäfts- und Zahlungsbedingungen des Zahntechniker-Handwerks ausgeführt.
Eine gesonderte Bestätigung des Auftrags erfolgt nicht.