



Stammdaten

Herr Frau Datum: _____
 Patientenname: _____
 Krankenkasse: _____
 Regelversorgung gleichartig andersartig

Zahnarzt

AA																
GA																
RV																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
RV																
GA																
AA																

Zustellung Kostenvoranschlag

KVA bis spätestens, Datum u. Uhrzeit: _____ Per E-Mail an: _____
 Per Fax an: _____

Legende

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| K Vollgusskrone | T Teleskopkrone | = Steg |
| KM Vollverb. Krone | TM Teleskopkrone vollverb. | X Lückenschluss |
| KV Vestib. verb. Krone | TV Teleskopkrone vestib. Verb. | f fehlender Zahn |
| B Brückenglied massv. | ST Stiftaufbau | x zerstört, wird gezogen |
| BM Brückenglied vollverb. | MG Modellguss | E zu ersetzender Zahn |
| BV Brückenglied vestib. Verb. | S Implantat | G Geschiebe |
| V Veneer | IK Keramik Inlay | R Wurzelstiftkappe |
| M Zirkonkrone gefräst o. Empresskrone | PK Teilkrone | H Halteelement |

Legierung:

- Hochgoldhaltige Legierung (goldfarben/gelb)
 Edelmetall reduzierte Legierung (silberfarben)
 NEM (keramisch verblendbar)

- Zirkonkrone (verblendet)
 Vollzirkonkrone (bemalt)
 Hybridkrone/-brücke

Implantatsystem:

Bitte um Rückruf, Grund: