

Dotzauer.

IMPLANTOLOGIE

ANTWORTFAX
03 71/52 86-20

Zahnarzt/Praxis

Patient (Bitte in Druckbuchstaben)

Implantatsystem _____

weiblich männlich
 Kassenpatient/in Privatpatient/in

Teilzahlung gewünscht

Therapieplan																
Regelversorgung																
Befund																
	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
Befund																
Regelversorgung																
Therapieplan																

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen der Zeilen (Befund, Regelversorgung, Therapieplanung) folgende Abkürzungen:

E	zu ersetzender Zahn	T	Teleskopkrone	V	vestibuläre Verblendung	LO	LOCATO
EM	zu ersetzender Zahn auf MOG-Basis	H	Halte- und Stützvorr.)	Lückenschluss	KA	Kugelanker
O	Geschiebe	PK	Teilkrone	IM	Implantat	OR	Riegel
B	Brückenglied	K	Krone	BC	Brückenglied Zirkonoxid		
BM	vollverbl. Brückenglied	KM	vollverblendete Krone	KC	Krone Zirkonoxid		
		I	Inlay	ST	Steg		

Planung

3D Planung
 konventionelle Planung

Vollkeramik

Zirkonoxid IPS e.max CAD _____

Implantatsystem

Legierung

Universallegierung Hochgold Reduziert NEM Galvano Titan
 Silber-Palladium Palladium-Basis-Legierung _____

Termine

KV bitte bis Datum _____ Uhrzeit _____ Preis bitte telefonisch übermitteln KV per Fax

Ihre weiteren Wünsche