



# DENTALLABOR BECKER

ZAHNTECHNIK AUS FLENSBURG

Patient \_\_\_\_\_

DentBlue Flensburg

XML \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Fertigstellung \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:  .  .   ♀  ♂

Versicherung:  Kasse  Privat **Desinfiziert:**  Ja  Nein

Zahnfarbe:

Rückruf von:  am:

Basiszahnersatz mit Produktion im Ausland: DentGreen Basic

Exklusivzahnersatz mit Fotodokumentation: DentRed Exclusive

Therapieplan	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

Termine	Datum	Uhrzeit
Fu./Ind. Löffel	_____	_____
Bisschablone	_____	_____
Gerüsteinprobe	_____	_____
1. Einprobe	_____	_____
2. Einprobe	_____	_____
<b>Fertigstellung</b>	_____	_____

<b>Gerüstwerkstoff</b>	<b>Verblendung</b>	<b>Implantatsystem</b>
<input type="checkbox"/> Hochgold	<input type="checkbox"/> PEEK	<input type="checkbox"/> Vollverblendung _____
<input type="checkbox"/> Goldreduziert	<input type="checkbox"/> Vollzirkon	<input type="checkbox"/> Teilverblendung _____
<input type="checkbox"/> Galvano	<input type="checkbox"/> Zirkonoxid	<input type="checkbox"/> Ohne _____
<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> _____	Durchmesser _____

  

<input type="checkbox"/> Abformung	<input type="checkbox"/> Löffel	<input type="checkbox"/> Modell	<input type="checkbox"/> Biss
<input type="checkbox"/> Aufbiss-Schiene	<input type="checkbox"/> wie KVA		
Sonderausführung:	<input type="checkbox"/> Valplast	<input type="checkbox"/> Bioplast	<input type="checkbox"/> TAP-Schiene

**Anmerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Auftragsbestätigung/Datenschutzerklärung:** Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein/e Patient/in der Nutzung, Verarbeitung und Weitergabe persönlicher Daten im Rahmen dieser Behandlung zugestimmt hat.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Zahnarzt \_\_\_\_\_



