Implanadent - Nordstr. 5 - 34549 Edertal
Tel.: 05623-935865 - Fax: 05623-935866
Email: info@implanadent.de - Internet: www.implanadent.de

○ Auftrag
○ Kostenvoranschlag

Elektronische Auftragsnummer:

Anschrift Zahnarzt:

Auftrags-Datum:	Auftrags-Nr.:	Kunden-Nr.:

Patientenname: ○ Frau ○ Herr Alter:_____

Vorname:

Nachname:

Legierung:

○ NEM ○ hochgoldhaltige Leg.
○ Zirkon ○ Pall.-Silber-Leg.

Zahnfarbe: A | B | C | D | siehe unten

Mitgeliefert: ☐ Abformung / Löffel ☐ Modelle ☐ Biss ☐ Artikulator

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

Sonderwünsche:

Termin:	Datum: (12:00 in Praxis)
Indiv. Löffel ☐	
Innenteleskope ☐ Kronen- / Brückengerüst ☐	
Biss ☐	
MOG mit Bisswällen ☐ MOG mit Wachsaufstellung ☐ Wachsaufstellung ohne MOG ☐	
Umstellung 2.Anprobe ☐	
Fertigstellung ☐	

Labornotizen:

Unterschrift des Zahnarztes: _____