



Anfrage Kostenvoranschlag

Patientenname _____

Datum _____

Vorname _____

- privat (BEB)
- Kasse (BEL II) RV
- GAV
- AAV
- Bitte um Rückruf

Alter _____

Zahnarztpraxis (Stempel)

Ansprechpartner in der Praxis (Kürzel) _____

Den Kostenvoranschlag

- als Fax zusenden
- im Original zusenden
- per E-Mail zusenden
- telefonisch durchgeben
- eilt sehr

Bitte tragen Sie die Therapieplanung, Regelversorgung und Befunde ein:

TP																
RV																
B																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
B																
RV																
TP																

Bitte kreuzen Sie an:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hochgold | <input type="checkbox"/> Verblendung | <input type="checkbox"/> Presskeramik (z. B. e.max®) |
| <input type="checkbox"/> Gold reduziert | <input type="checkbox"/> vestibulär | <input type="checkbox"/> Zirkon geschichtet |
| <input type="checkbox"/> NEM | <input type="checkbox"/> vollverblendet | <input type="checkbox"/> Vollzirkon |
| | <input type="checkbox"/> Keramikschulter | |

indiv. Registrat

Sonstiges: _____

- Implantat/e
 - Straumann
 - Astra
 - Friadent/Xive
 - Nobel Biocare
 - Ankylos
 - Camlog
 - Neoss
 - HiTec
 - SIC
 - 3i
 - anderes System:

- Aufbau, Typ:
- Massiv-Sekundärteil
 - indiv. Abutment
 - Titan
 - Zirkon
 - Sonstiges: _____