



### 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"/> Keramischulter |  |

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: \_\_\_\_\_