

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ZAHNERSATZ UND/ODER KRONEN

Anschrift des Zahnarztes

.....



äquivalent
 Labor für individuelle Zahnästhetik

Patientenname

Kasse

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

Art der Arbeit

Legierung

Zahnfarbe

Bitte um Kostenvoranschlag bis zum

Bitte um Alternativvorschlag bis zum

Sonstiges



FAX 0 61 06.77 93 52