



Praxis: Datum:

Patient: Kasse Privat

Alter: männlich weiblich

XML Datei:

Art der Arbeit:

Regelversorgung Härtefall andersartige Versorgung gleichartige Versorgung

Zahnfarbe:

Befund und Behandlungsplan

Therapieplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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
Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungen / Notizen

Termin	Datum	Uhrzeit
Fu-Löffel GB-Support <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bißnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primärkronen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gerüst EP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rohbrand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anprobe 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anprobe 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fertigstellung	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Legierung / Material: KoVo-Nummer:

Rückruf

Dresdner Dental Labor GmbH
Pirnaer Landstrasse 227
01259 Dresden
Geschäftsführer: Michael Gasch

Fon: 0351 / 20 11 28 5
Fax: 0351 / 20 24 70 9
Mail: labor@dresdnerdentallabor.de
Web: dresdnerdentallabor.de

Der Auftrag wird zu den allgemeinen Geschäfts- Lieferungs- und Zahlungsbedingungen ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrags erfolgt nicht.