



KOSTENVORANSCHLAG

KAHLDENTAL

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Privat | <input type="checkbox"/> Regelversorgung |
| <input type="checkbox"/> Kasse | <input type="checkbox"/> Gleichartige Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Härtefall | <input type="checkbox"/> Andersartige Versorgung |

Bitte vollständig ausfüllen.

Zahnarztpraxis (Bitte stempeln)

Email:

Kurzbeschreibung (optional)

Patient:

TP																		TP
R																		R
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			

Vorschlag 1

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
R																	R
TP																	TP

TP																		TP
R																		R
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			

Vorschlag 2

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
R																	R
TP																	TP

Notizen:

- | | | |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;"><u>Implantat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Camlog <input type="checkbox"/> Straumann <input type="checkbox"/> konfektioniertes Abutment <input type="checkbox"/> individuelles Abutment Zirkon <input type="checkbox"/> Verschraubung | <p style="text-align: center;"><u>Krone Brücke</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zirkonoxid <input type="checkbox"/> monolithisch
<input type="checkbox"/> verblendet <input type="checkbox"/> E-max. <input type="checkbox"/> Alba / U35 <input type="checkbox"/> NEM | <p style="text-align: center;"><u>Teleskope</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alba / U35 <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Hochgold <input type="checkbox"/> Galvano |
|---|--|--|