

DTA / XML

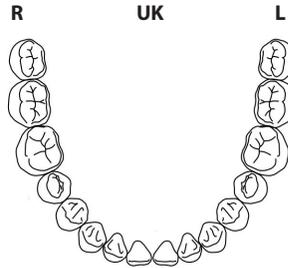
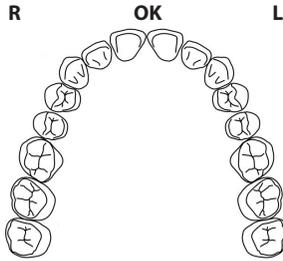
Zahnarztpraxis

Patient

Auftragsdatum	Auftrags Nr.
---------------	--------------

<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat
--------------------------------	---------------------------------

Zahnform	Zahnfarbe
----------	-----------



Rücksprache

Legierung: EM EM red. Biolog. NEM Zirkon

Mitgeliefert

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

Abformung	
Löffel	
Modell	
Biss	
Zahn	
Foto	
Sonstiges	

Regelversorgung Gleichartig Andersartig Privat
 Gesichtsbogen 3D Scann

Termin

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Modelle	
Löffel	
Bisschablone	
Gerüstprobe: Kronen Brücken Primärkronen	
Modellguss	
Rohbrand	
1. Anprobe Sekundärteile mit Aufstellung	
2. Anprobe Korrektur	

Fertigstellung
