



Patientenname _____		Abrechnung Privat <input type="checkbox"/> Gleichartig <input type="checkbox"/> Regelversorgung <input type="checkbox"/> Andersartig <input type="checkbox"/>																																	
Praxisstempel / Unterschrift		Zahnfarbe Digitale Übermittlung <input type="checkbox"/> Vom Techniker <input type="checkbox"/> Praxis: _____																																	
		Implantatsystem und Durchmesser je Implantat Verschraubt <input type="checkbox"/> Zementiert <input type="checkbox"/>																																	
Termine	Kronen und Brücken		Kombi und Modellguss																																
1. _____ Datum: Uhrzeit: Notiz:	Zirkon Monolithisch OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Zirkon verblendet OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> NEM vollguss OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> NEM teilverblendet OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> NEM vollverblendet OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Provisorium Kunststoff OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Provisorium metallverstärkt OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> E.Max / Glaskeramik OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>		Modellguss OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Teleskopprothese vollverblendet OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Teleskopprothese teilverblendet OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Geschiebekombi vollverblendet OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Geschiebekombi teilverblendet OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Stegprothese OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Coverdenture OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Gaumenfrei / Ohne Bügel OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>																																
2. _____ Datum: Uhrzeit: Notiz:	Schiententechnik Aufbissschiene (K1) OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Aufbissschiene (K2) OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Formteil OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Schnarcherschiene OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Bohrschablone OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Aligner OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Bleachingschiene OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>		Prothetik Totale OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Interims - Standard OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Interims - Kunststoffklammern OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>																																
3. _____ Datum: Uhrzeit: Notiz:			Planungshilfen Wax-up (aufgewachst) OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Mock-up (abnehmbar) OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/>																																
4. _____ Datum: Uhrzeit: Notiz:	Bitte ausfüllen: Verblockungen: — , Klammern: H , Geschiebe: O , Implantatpositionen: S , Kronen: K , Brücken: B , Extraktionen: X , Ersetzt: E		Friktionselement: <input type="checkbox"/>																																
	<table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>		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	
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																				
5. _____ Datum: Uhrzeit: Notiz:	Notizen																																		
6. _____ Datum: Uhrzeit: Notiz:																																			