

Kostenvoranschlag

Datum:

Auftraggeber (bitte Stempel)	Patient priv. <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/>
------------------------------	---

Art des Auftrages:

TP2																	
TP1																	
R																	
B																	
	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
B																	
R																	
TP1																	
TP2																	

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bohrschiene
<input type="checkbox"/> Röntgenschablone
<input type="checkbox"/> Impl. verschraubt occl.
<input type="checkbox"/> Impl. Zementiert
<input type="checkbox"/> Impl. verschraubt transvers.
<input type="checkbox"/> individueller Löffel
<input type="checkbox"/> Schädelbezogen artikulieren
<input type="checkbox"/> Keramikschulter
<input type="checkbox"/> abnehmbare Brücke
<input type="checkbox"/> Coverdenture
<input type="checkbox"/> Modellguß
<input type="checkbox"/> Verstärkungsbügel | <input type="checkbox"/> Hochgoldhaltig
<input type="checkbox"/> Argenco High Purity 77
<input type="checkbox"/> Argedent Bio 82
<input type="checkbox"/> Argistar 75 PF
<input type="checkbox"/> Orplid EH
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Goldreduziert Argistar 545
<input type="checkbox"/> Novabond
<input type="checkbox"/> Paladiumbasis Argistar 40
<input type="checkbox"/> NEM |
|---|---|