



VORLAGE ZUR ANFORDERUNG VON KOSTENVORANSCHLÄGEN

FAX 030.795 56 12

Praxisstempel	Patient
	Krankenkasse

Regelversorgung

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

Material

- Hochgold Reduziert NEM
 Radica Zirkon

Ausführung

- Totale Verblendung Vestibuläre Verblendung
 Coverdenture Modellguss
 Implantatmaterial / Hersteller: _____

Bemerkung / Ansprechpartner

Praxisstempel	Patient
	Krankenkasse

Regelversorgung

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

Material

- Hochgold Reduziert NEM
 Radica Zirkon

Ausführung

- Totale Verblendung Vestibuläre Verblendung
 Coverdenture Modellguss
 Implantatmaterial / Hersteller: _____

Bemerkung / Ansprechpartner