DENTAL DESIGN SCHNEIDER

MY DENTAL FAMILY

XML

Patient

Datum | **Fertigstellung**

Zahnarzt

Bitte Auftrag wählen:

- ☐ DentRed Exklusive
- ☐ DentBlue Standard
- ☐ DentGreen Basic

Geburtsdatum: . . ☐ ♀ ☐ ♂

Versicherung: ☐ Kasse ☐ Privat

Zahnfarbe:

Desinfiziert: ☐ Ja ☐ Nein

Rückruf von: am

Therapieplan																
	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
Therapieplan																

Gerüstwerkstoff

- ☐ Hochgold
- ☐ Goldreduziert
- ☐ Galvano
- ☐ NEM
- ☐ e-max®
- ☐ Vollzirkon
- ☐ Zirkonoxid mit Verblendung

Verblendung

- ☐ Vollverblendung
- ☐ Teilverblendung
- ☐ Ohne

Implantatsystem

_____

_____

_____

Durchmesser ☐

- ☐ Abformung
- ☐ Löffel
- ☐ Modell
- ☐ Biss
- ☐ Sonstiges

Termine	Datum	Uhrzeit
Fu./Ind. Löffel		
Bissschablone		
Gerüsteinprobe		
1. Einprobe		
2. Einprobe		
Fertigstellung		

Anmerkungen

Auftragsbestätigung/Datenschutzerklärung: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein/e Patient/in der Nutzung, Verarbeitung und Weitergabe persönlicher Daten im Rahmen dieser Behandlung zugestimmt hat.

Ort, Datum _____ Unterschrift Zahnarzt _____

Es gelten die AGB des Zahntechnikerhandwerks. Dieser Auftrag wird auf Basis der gültigen Preisliste ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung erfolgt nicht.

Dental Design Schneider GmbH & Co. KG
Altenburger Str. 83, 08396 Waldenburg
Telefon: 037608 279370
info@dental-design-schneider.de

Johannisplatz 10, 09111 Chemnitz
Telefon: 0371 35592368
chemnitz@dental-design-schneider.de

Richard-Köberlin-Str. 6, 04720 Döbeln
Telefon: 03431 71490
doebeln@dental-design-schneider.de

MY DENTAL FAMILY