



# DENTAL DESIGN SCHNEIDER

— MY DENTAL FAMILY —

**Bitte Auftrag wählen:**

 DentRed Exklusive DentBlue Standard DentGreen BasicGeburtsdatum:  .  .  ♀  ♂Versicherung:  Kasse  PrivatZahnfarbe: Desinfiziert:  Ja  NeinRückruf 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**

Termine	Datum	Uhrzeit
---------	-------	---------

Fu./Ind. Löffel \_\_\_\_\_

Bisschablone \_\_\_\_\_

Gerüsteinprobe \_\_\_\_\_

1. Einprobe \_\_\_\_\_

2. Einprobe \_\_\_\_\_

**Fertigstellung** \_\_\_\_\_

**Gerüstwerkstoff**

- Hochgold
- Goldreduziert
- Galvano
- NEM

**Verblendung**

- e-max®
- Vollzirkon
- Zirkonoxid mit Verblendung
- Vollverblendung
- Teilverblendung
- Ohne

**Implantatsystem**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durchmesser

- Abformung
- Löffel
- Modell
- Biss
- Sonstiges

**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.

