



KÄUFER & POTH

Dental-Technik GmbH



Käufer & Poth
Dental-Technik GmbH

Bungerstraße 24
45239 Essen

Fon 02 01.49 27 21/49 32 82

Fax 02 01.49 35 04

Anschrift des Zahnarztes	Patient	Auftragsdatum	Legierung / Material														
	Alter _____ <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. Typ: <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> □	<input type="checkbox"/> Abr. ges. <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat	Zahnfarbe														
TP																	
R																	
B	18	17		16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
B	48	47		46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
R																	
TP																	

<input type="checkbox"/> R = Regelversorgung <input type="checkbox"/> G = Gleichartig <input type="checkbox"/> A = Andersartig Leistungen	Auftragsnummer <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;">Ausführungsinstruktionen</th> <th style="width:15%;">Datum</th> <th style="width:25%;">Uhr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Totale Verblendung</td> <td>Funktionslöffel</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lingual Metallrand</td> <td>Bissnahme</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2/4 Metallkaufäche</td> <td>Einprobe 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Metallkaufäche</td> <td>Einprobe 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keramikstufe</td> <td>Einprobe 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Papillenfrei</td> <td>Fertigstellung</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Ausführungsinstruktionen	Datum	Uhr	<input type="checkbox"/> Totale Verblendung	Funktionslöffel		<input type="checkbox"/> Lingual Metallrand	Bissnahme		<input type="checkbox"/> 2/4 Metallkaufäche	Einprobe 1		<input type="checkbox"/> Metallkaufäche	Einprobe 2		<input type="checkbox"/> Keramikstufe	Einprobe 3		<input type="checkbox"/> Papillenfrei	Fertigstellung	
Ausführungsinstruktionen	Datum	Uhr																				
<input type="checkbox"/> Totale Verblendung	Funktionslöffel																					
<input type="checkbox"/> Lingual Metallrand	Bissnahme																					
<input type="checkbox"/> 2/4 Metallkaufäche	Einprobe 1																					
<input type="checkbox"/> Metallkaufäche	Einprobe 2																					
<input type="checkbox"/> Keramikstufe	Einprobe 3																					
<input type="checkbox"/> Papillenfrei	Fertigstellung																					
private Leistungen																						

Bitte telefonische Rücksprache _____

Mitgeliefert: _____

Der Auftrag wird zu unseren Geschäft-, Lieferungs- und Zahlungsbedingungen ausgeführt.



Fachlabor für Implantatprothetik / DGZI geprüft