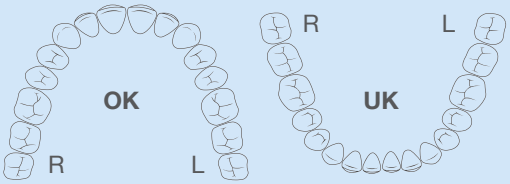
Pearl Dental

Pearl Dental e.K.
Landsberger Straße 408
81241 München

Tel. 089 127 629 88
Fax 089 127 629 89
E-Mail pearldental@gmx.de



Zahnarzt-Anschrift

Patient-Name / Nr.

* Okklusionsprotokoll:

*	☐	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	18	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
*	48															

Kasse

Auftrags-Nr. (XML-Datei) _____

Alter: _____ ☐ männl. ☐ weibl.

Zahnfarbe

Vertrags-Leistung

Privat-Leistung

Termin	Tag	Uhr
FU-Löffel		
Bisschabl.		
Anprobe 1		
Anprobe 2		
Anprobe 3		
Anprobe 4		

☐ Abformung _____
☐ Löffel _____
☐ Modell _____
☐ Biss _____

☐ Edelmetall
☐ Zirkonoxid verblendet
☐ Vollzirkonoxid
☐ NEM

☐ Galvano
☐ Vollkeramik
☐ _____
☐ _____

Rücksprache

Auftragsdatum:

Angemeldet:

Fertigstellungstermin:

Die Auftragserledigung erfolgt zu den allgemeinen Geschäfts-, Lieferungs- und Zahlungsbedingungen des Zahntechniker-Handwerks.
Der Auftrag wird nicht gesondert bestätigt.