Anforderung eines Kostenvoranschlags

K&B ZAHNTECHNIK
DENTALE ÄSTHETIK

per Fax an
05051 2668

Harburger Straße 11 · 29303 Bergen
Tel. 05051 7678 · Fax 05051 2668
info@kb-zahntechnik.de · kb-zahntechnik.de

Bitte immer ausfüllen

Datum _____ Kundennummer falls bekannt _____ Ansprechpartner zum Kostenvoranschlag _____

Name der Praxis und/oder ggf. Name des/der behandelnden Zahnarztes/Zahnärztin bzw. Kieferchirurg/Kieferchirurgin _____

PRAXIS

Nur von Neukunden auszufüllen

Straße, Hsnr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

PATIENT

Name des Patienten _____ Krankenkasse _____

☐ Regelversorgung ☐ Gleichartige Versorgung ☐ Andersartige Versorgung

VERSORGUNG

Zahnschema

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

Material

☐ Hochgold ☐ Hochgold reduziert ☐ Sparlegierung ☐ NEM ☐ Zirkon ☐ Presskeramik ☐ Composite ☐ Galvano

Ausführung

☐ Vollverblendung ☐ Vestibuläre Verblendung ☐ Modellguss ☐ Coverdenture

alternativ:

☐ Implantattype und Hersteller _____

Sonstige Bemerkungen/Anforderungen: _____

_____

_____

_____

Unterschrift/Praxisstempel