wiegand dental Auftrag

Praxis

Datum / Unterschrift

Patient

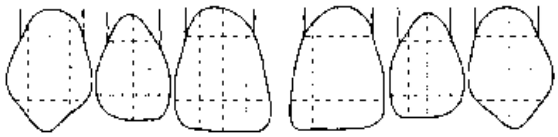
Vorname: _____

Nachname: _____

☐ GKV
☐ Privat
☐ Härtefall

Laborauftragsnr.

Zahnfarbe: _____



☐ Zahnhals
☐ Dentin
☐ Schneide
☐ Stumpffarbe

☐ Fotos
☐ Foto / Ausgangssituation
☐ Stumpf vital
☐ Stumpf devital

Zahnfleischresilienz:

Behandlungsplan — TP = Therapieplanung

Art der Versorgung

TP																
	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
TP																

Material
☐ Hochgold
☐ Goldreduziert
☐ NEM
☐ Zirkon
☐ e.max
☐ Sonstiges

Ausführung
☐ unverblendet
☐ teilverblendet
☐ vollverblendet

☐ bitte um Rückruf
☐ Kostenvoranschlag anfertigen
☐ Auftrag entspricht KV

Eingang/Labor

Bemerkungen / Praxis

Labor intern

Mitgelieferte Unterlagen
☐ Löffel
☐ Modelle
☐ Situationsmodelle
☐ Biss
☐ Gesichtsbogen
☐ Prothese
☐ Hilfsteile
☐ USB/Speicherkarte
☐ Sonstiges _____

Termin	Datum	Zeit
Primär Kronen		
Intern Labor		
Fu-Löffel		
Intern Labor		
Bissschablone		
Intern Labor		
Gerüsteinprobe		
Intern Labor		
Rohbrand		
Intern Labor		
1.Wachseinprobe		
Intern Labor		
2. Wachseinprobe		
Intern Labor		
Fertigstellung		

Der Auftrag wird zu unseren Geschäfts-, Lieferungs- und Zahlungsbedingungen ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht.

www.wiegand-dental.de tel (0 84 58) 34 79 02 fax (0 84 58) 34 67 75
wiegand dental robert- koch- str. 1 85117 eitensheim
copyright by marcus