



Persönliches Angebot für Zahnersatz

* Praxis:

Name der Zahnärztin / des Zahnarztes:

* Praxis E-Mail:

* Patient:

Datum:

*

* diese Felder müssen ausgefüllt werden.

Therapieplan

TP																
R																
B																
	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
B																
R																
TP																

E=zu ersetzender Zahn, K=Krone, B=Brückenglied, V=Vestibuläre Verblendung, M=Vollverblendung, H=Halteelement, R=Rückschutzplatte, O=Individuelles Geschiebe, T=Teleskopkrone, IG1-IG4=Inlay aus Gold, IK1-IK4=Inlay aus Keramik, S=Implantant/Suprakonstruktion, PK=Teilkrone

Alle anderen Ausführungen bitte im Feld Bemerkungen aufführen.

Material

Gold Legierung

NEM

Zirkon verblendet

Zirkon monolithisch

E.MAX

Galvano

TK-Snap

Verbindungselemente:

Implantatsystem:

Angeliefert bzw. selbst angefertigt:

Bemerkungen:

Gesichtsbogen

Modellguss

Scaladent Zahntechnik GmbH

Katharinenstraße 9 Tel: (030) 8978 4946

10711 Berlin

Fax: (030) 5165 4439

Bitte ausfüllen und als Anhang **senden** oder ausdrucken und faxen: **(030) 5165 4439**

info@scaladent.de