LEGIERUNG

- ☐ NEM
- ☐ reduziert
- ☐ hochkarätig

KERAMIK

- ☐ Zirkon geschichtet
- ☐ Vollzirkon
- ☐ Vollkeramik emax

A	Mit
F	L+B

GmbH
Kalicki
Zahntechnik
De-Nys-Str. 11 - 54295 Trier
Tel. 0651/31066 - Fax 30226
www.kalicki-zahntechnik.de

AUFTRAG:

Nur für Laboreintragungen bestimmt!

Kunde

Laboreingang: _____

I Termin Edelmetall: _____

I I Termin Edelmetall: _____

I Termin Keramik: _____

I I Termin Keramik: _____

I Termin Modellguß: _____

I I Termin Modellguß: _____

I Termin Prothetik: _____

I I Termin Prothetik: _____

Krankenkasse	Privat

Name des Versicherten _____ Vorname _____

☐ männl. ☐ weibl. Alter _____

Praxisausgang: .....

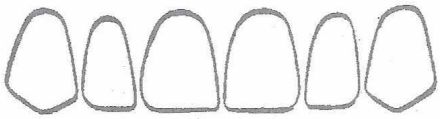
Falz

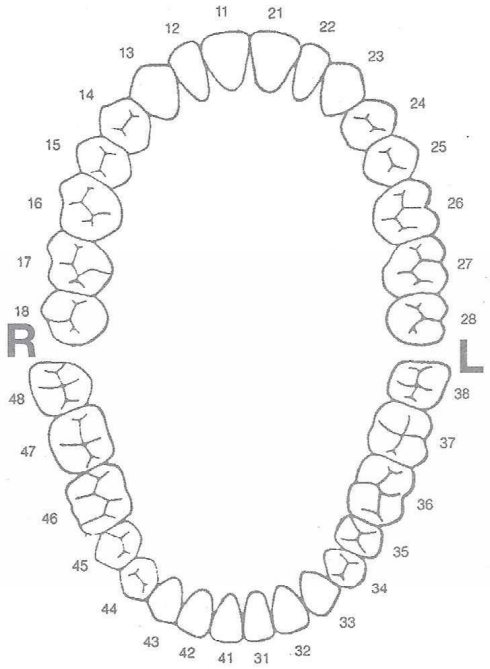
Zahnfarbe: _____

Zahnform: ▽ □ ○

Zahnstellung: _____

Charakterisierung: _____
(Verfärbungszonen, Lage der Füllungen einzeichnen) Hals? ja/nein





Es liegen bei:

_____ Modell _____ Biß

_____ Abdruck _____ _____

_____ _____

XML-Nr.: _____

Falz

Nur vom Zahnarzt auszufüllen:	MO	DI	MI	DO	FR	SA
TERMIN:	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr