

Zahnarztpraxis:	Breite Straße 95/97 23552 Lübeck Tel. 04 51 790 70 41 Fax 04 51 790 70 46 E-Mail: info@hanse-zahn.de	 HANSEATISCHE ZAHN MANUFAKTUR
-----------------	--	--

XML-NR.	Patient: <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr
----------------	--

Arbeitseingang:	Kasse: <input type="checkbox"/> PRIVAT <input type="checkbox"/> BEL II <input type="checkbox"/>
	Foto <input type="checkbox"/> Imaging <input type="checkbox"/> Info <input type="checkbox"/> Alter _____ Typ <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Auftragsnummer:	Zahnfarbe: <input type="radio"/> E- Max <input type="radio"/> Zirkon <input type="radio"/> Heradent <input type="radio"/> Hochgold <input type="radio"/> Herabest <input type="radio"/> NEM
-----------------	--

Planung:																	
Befund:																	
OK:	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Zentrische Kontakte :																	
UK:	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund:																	
Planung:																	

Kostenvoranschlag <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Übertragungsschlüssel <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Inland <input type="radio"/> Ausland
---	---	--

Implantatsystem:	∅:
------------------	----

	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Modellarchivierung</p> <p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p> <p><input type="radio"/> 3 Jahre</p> <p><input type="radio"/> 4 Jahre</p> <p><input type="radio"/> 10 Jahre</p> <p>Modell retour?</p> <p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>

--	--	--	--

Termine	Datum	Zeit	1. Einprobe		
Fu-Löffel			2. Einprobe		
Bißnahme			Gerüst. Einprobe		

Auftragsdatum	Angemeldet:	Fertigstellung:
---------------	-------------	-----------------

Der Auftrag wird zu den allgemeinen Geschäftsbedingungen des Zahntechnikerhandwerks ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrags erfolgt nicht. Registergericht Lübeck: HRB 4829