



AUFTRAG

TELEFON: +49 841 931930
 EMAIL: info@euw-dental.de
 www.edelundweiss-dental.de

ZAHNÄRZTIN/ZAHNARZT:

PATIENTIN/PATIENT:

														VERSICHERUNG		VERSORGUNGSART				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	KASSE	PRIVAT	REGEL	GLEICH	ANDERS
		T	H	E	R	A	P	I	E	P	L	A	N							
				S	H	I	M	S	T	O	C	K				LÖFFEL:		MODELLE:		
				S	H	I	M	S	T	O	C	K				BISS:		PROTHESE:		
																BISSGABEL/GELENK:		ZÄHNE:		
		T	H	E	R	A	P	I	E	P	L	A	N			SONSTIGES:		ZAHNFARBE:		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38					

Waagerechter Strich = Verblockt Senkrechter Strich = Einzeln (Windows: [Alt Gr] + [<]; MAC: [alt] + [7])

Ihre Nachricht an uns:

1. TERMIN
2. TERMIN
3. TERMIN
4. TERMIN
5. TERMIN
6. TERMIN

Ort, Datum: _____ Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt: _____

Der Auftrag wird zu den allgemeinen Geschäfts,- Lieferungs- & Zahlungsbedingungen des Zahntechniker-Handwerks ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht.