

per Fax an (030) 54378430

Ruwersteig 43 • 12681 Berlin
Telefon (030) 54 99 34 -0

E-Mail für KV: kv@ruebeling-klar.de

Kostenvoranschlag für Kombinationsprothetik

Praxis:
Fax-Nr.oder E-Mail-Nr.:

*Der Kostenvoranschlag ist nur bindend, wenn bei Auftragserteilung die Beleg-Nummer und „**Ausführung nach KV**“ auf den Auftrag vermerkt wird!*

Bitte um KV bis zum: _____

Bitte um einen Kostenvoranschlag für Kronen und Brücken oder Kombinationszahnersatz

Analog Fall: _____ für Patient: _____

Patient

- Privat
- GKV
- Regelleistung
- gleichartig
- andersartig

Material

- NEM
- Gold
- Titan / Niob
- Titan
- Presskeramik:** Inlay Teilkrone Vollkrone
- Zirkon:** Vollverblendet Teilverblendet Vollkrone
- Komposit
- Keramikverblendung

Verblendung

- Vollverblendung
- Vest. Verblendung

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan TP=Therapieplan R=Regelversorgung B=Befund

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																	

Art des Auftrages

Terminplanung

Termine	Art der Arbeit	Datum
1. Sitzung		
2. Sitzung		
3. Sitzung		
4. Sitzung		