

Auftraggeber (Kundennummer) \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

# Kostenvoranschlag

## Prothetischer Behandlungsplan

### Kasse

- Andersartig     
  Gleichartig     
  Regelversorgung     
  Privat

### Material

- Zirkon     
  NEM     
  EM     
  Galvano

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

### Planung Oberkiefer

---

---

---

---

---

---

---

---

### Planung Unterkiefer

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift