

# KOSTENANFRAGE

Praxisstempel



Dental-Labor Scholtz GmbH & Co. KG

**FAX: 04105 – 14 12 16**

Patient: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Kasse: \_\_\_\_\_ KV zum: \_\_\_\_\_  
 Privat: \_\_\_\_\_  
 Regelversorgung  Gleichartige Versorgung  Andersartige Versorgung

## PLANUNG

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

Legierung: \_\_\_\_\_

Implantatsystem: \_\_\_\_\_

Bemerkung:

*...weil ein Lächeln gewinnt*