

# LABORAUFTRAG

Praxisstempel

Dentallabor Schötz  
Friedrich-Hebbel-Straße 11  
03046 Cottbus

Telefon (03 55) 71 51 42  
Telefax (03 55) 7 29 67 28

# dental schötzlabor

Zertifiziertes Fachlabor für Implantatprothetik

Patient/in: \_\_\_\_\_ Alter:  GKV  
 PKV

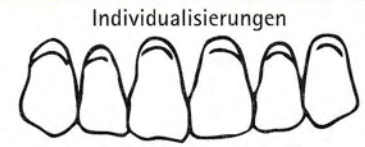
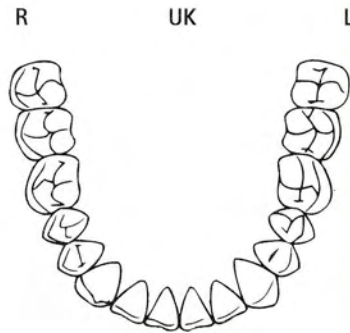
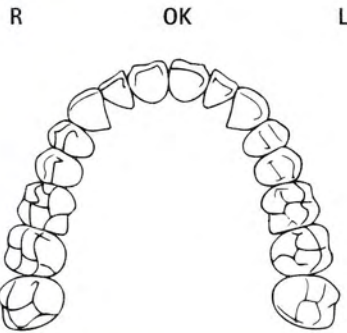
Zahnfarbe: OK: \_\_\_\_\_ UK: \_\_\_\_\_

Material:  
 Vollkeramik  
 Hochgoldleg.  
 Galvanogold  
 goldreduzierte Leg.  
 Palladiumbasisleg.  
 NEM

Regelversorgung (BEL)  Härtefall **Kostenvoranschlag**  
 gleichartiger Zahnersatz (BEL/BEB) Nr.: \_\_\_\_\_  
 andersartiger Zahnersatz (BEB)

Stumpffarbe: \_\_\_\_\_  
 Farbbestimmung im Labor  
 Foto erwünscht

geliefert:  Gesichtsbogen  Situ-Modelle  Foto



Fissureneinfärbung  keine  mittel  leicht\*  dunkel

Pontic Gestaltung  \*

\* Standard, sofern nicht anders angegeben

## AUFTRAGSINHALT

Therapieplanung:

Regelversorgung:

Hinweis: Bitte senden Sie uns nach Möglichkeit ein Situationsmodell für alle zu versorgenden Frontzähne zu.

## TERMINPLANUNG

Arbeitsschritt:	Liefertermin:	Anmerkung:	Rücksprache:
Modelle			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Innenteleskope			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fu.-Löffel			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bissregistrierung			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Modellgussgerüst			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gerüsteinprobe			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Einprobe Rohbrand			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Aufstellung			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Aufstellung			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fertigstellung			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>