

Zahnarzt _____ Datum: _____

Auftragsnummer _____



www.dental-schulte.de

Patient _____

Geb. Jahr _____ männlich weiblich

Regelversorgung
 Gleichartig
 Andersartig

Farbe: _____

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

Material NEM Hochgold Reduziert Zirkon Modellguß

vollverblendet vestibl.-verbl.

mitgeliefert: Abdruck OK Abdruck UK SITU Biss Modell Foto sonstiges:

Auftrag:

Termine

Farbauswahl: _____

Löffel: _____

Biss: _____

Anprobe: _____

Anprobe: _____

Fertig