

Praxisname/Name des Arztes :

---

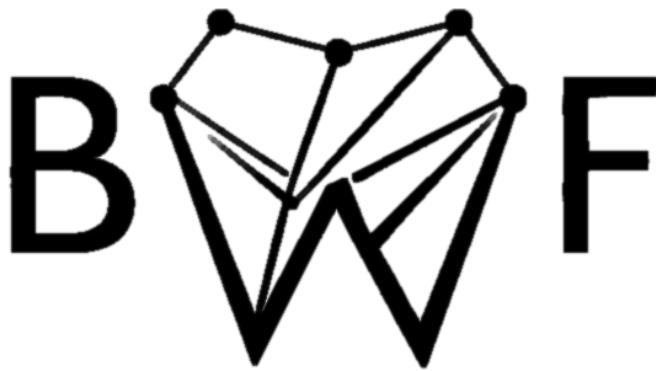
---

Datum des Arbeitseingangs :

---

Name des Patienten :

---



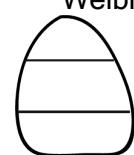
## PROTHETIK & ÄSTHETIK

Alter : \_\_\_\_\_ Geschlecht : Männlich

Weiblich

XML Nummer: \_\_\_\_\_

Farbe des Zahnhalses :



Farbe der Zahnkrone :

---

Implantatsystem : \_\_\_\_\_ ød. \_\_\_\_\_

Material :

ZrO<sub>2</sub> Monolayer  
 ZrO<sub>2</sub> Multilayer

E.Max  
 Composite (Saremco)

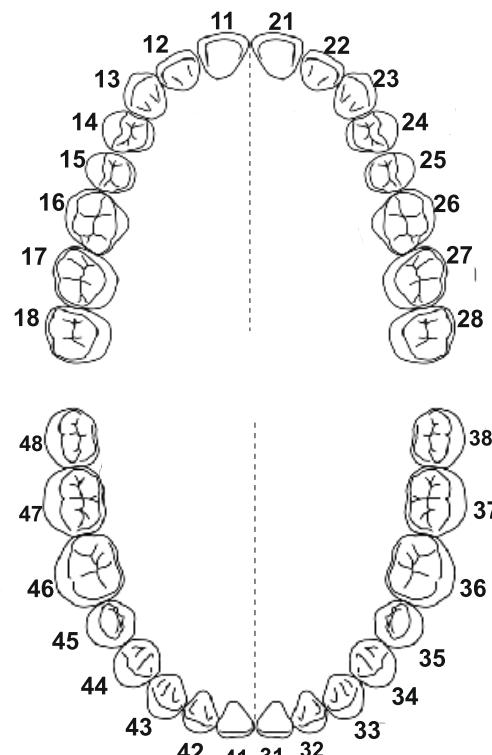
PMMA  
 Ti Bar  
 KHS Verstärkung

Konstruktionstyp :

Schraubenfixierung  
 Zementfixierung  
 individ. Zirkon Abutment  
 individ. Titan Abutment

Vollanatomisch  
 individ. geschichtet

Einzelkronen  
 Brücke  
 künstl. Zahnfleisch



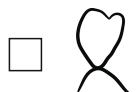
Auftragsbeschreibung :

---

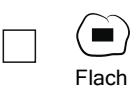
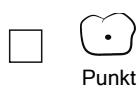
---

---

Form von Brückengliedern und Zahnfleischimpression :



Approximalkontakte :



Tel.: +49 152 15058095

Email: info@bwf-dental.de

Form des Emergenzprofils :



Datum der Einsetzung der Arbeit (Konstruktion) :

---

Datum der Lieferung und Abgabe der Arbeit :

---