

Praxisname/Name des Arztes :

Datum des Arbeitseingangs :

Name des Patienten :



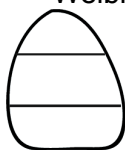
PROTHETIK & ÄSTHETIK

Alter : _____ Geschlecht : Männlich ☐
Weiblich ☐

XML Nummer: _____

Farbe des Zahnhalses :

Farbe der Zahnkrone :



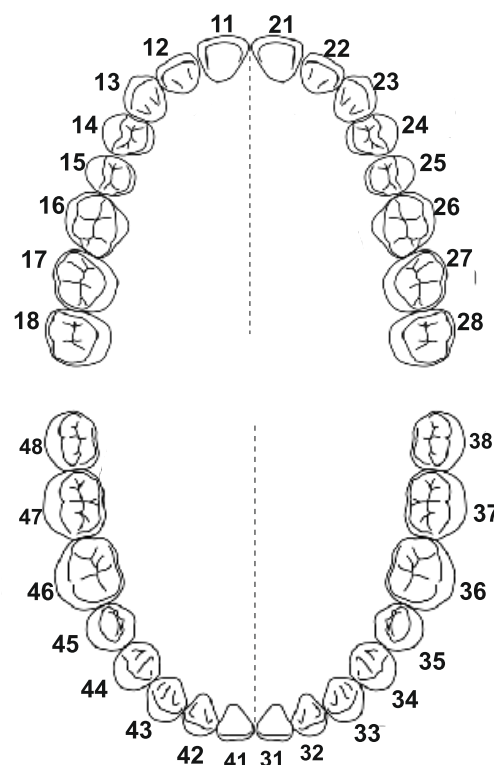
Implantatsystem : _____ ød. _____

Material :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ZrO 2 Monolayer | <input type="checkbox"/> E.Max | <input type="checkbox"/> PMMA |
| <input type="checkbox"/> ZrO2 Multilayer | <input type="checkbox"/> Composite (Saremco) | <input type="checkbox"/> Ti Bar |
| | | <input type="checkbox"/> KHS Verstärkung |

Konstruktionstyp :

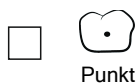
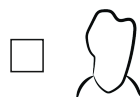
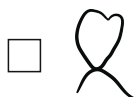
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schraubenfixierung | <input type="checkbox"/> Vollanatomisch | <input type="checkbox"/> Einzelkronen |
| <input type="checkbox"/> Zementfixierung | <input type="checkbox"/> individ. geschichtet | <input type="checkbox"/> Brücke |
| <input type="checkbox"/> individ. Zirkon Abutment | | <input type="checkbox"/> künst. Zahnfleisch |
| <input type="checkbox"/> individ. Titan Abutment | | |



Auftragsbeschreibung : _____

Form von Brückengliedern und
Zahnfleischimpression :

Approximalkontakte :



Punkt



Flach

Form des Emergenzprofils :



Tel.: +49 152 15058095

Email: info@bwf-dental.de

Datum der Einsetzung der
Arbeit (Konstruktion) :

Datum der Lieferung und
Abgabe der Arbeit :
