

## Kostenvoranschlag

<b>Behandler:</b>															
Privat				Regel				Anders				Gleich			
<b>Patient:</b>														<b>Datum:</b>	

THP																
RV																
BEF																
OK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
BEF																
RV																
THP																

<b>Bemerkungen:</b>															

<b>Gerüst:</b>	Zirkon	e.max	NEM	Edelmetall:
----------------	--------	-------	-----	-------------

<b>Implantat:</b>	Zirkon	Titan	okkl. verschraubt
-------------------	--------	-------	-------------------

<b>Implantatsystem:</b>	
-------------------------	--

<b>Verblendung:</b>	vollverblendet	Zahn:
	vestibulär verblendet	Zahn:
	unverblendet	Zahn:

<b>Formteil für Provisorium:</b>	Ja	Nein
<b>Gesichtsbogen:</b>	Ja	Nein