

## Laborauftrag

Zahnarztpraxis	Patient Name oder Code	Termin
_____	_____	_____
Behandler	Telefon	Zeit
_____	_____	_____

Versicherung:

Privat
  SUVA
  UVG
  KVG

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Beilagen

Abformung	OK	UK	
Silikon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VMK
Alginat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vollkeramik <input type="checkbox"/> e.max <input type="checkbox"/> Zi monolithisch
Modelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geschichtet <input type="checkbox"/> bemalt
Quadrantenabformung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bissnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfarbe: .....
Fotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

