# FAX - DECKBLATT

Duderstädter Dental-Labor

Duderstädter Dental-Labor, Am Euzenberg 3, 37115 Duderstadt

| | | | |
|---|---|---|---|
| **VON:** | | **TELEFON:** | |
| | | **FAX:** | |
| **AN:** | DUDERSTÄDTER DENTAL-LABOR | **TELEFON:** | 05527 / 98 61 0 |
| | | **FAX:** | 05527 / 98 61 69 |

| | | |
|---|---|---|
| PATIENTENNAME: | | KASSE ☐ PRIVAT ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| BETREFF: | **LEISTUNGSANGEBOT**<br>Gleichartig: ☐ | LEGIERUNG:<br>Andersartig: ☐ |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Therapieplanung: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regelversorgung: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Befund: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Befund: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regelversorgung: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Therapieplanung: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| **Kürzel** | **Beschreibung** | **Kürzel** | **Beschreibung** |
|---|---|---|---|
| E | ersetzter Zahn | E 1 | Empressinlay einflächig |
| PK | Dreiviertelkrone | E 2 | Empressinlay zweiflächig |
| K | Krone unverblendet | E 3 | Empressinlay dreiflächig |
| KV | Krone vestibulär verblendet | E 4 | Empressinlay vier-bzw. mehrflächig |
| KM | Krone vollverblendet | EK | Empresskrone |
| B | Brückenglied unverblendet | T | Teleskopkrone unverblendet |
| BV | Brückenglied vestibulär verblendet | TV | Teleskopkrone vestibulär verblendet |
| BM | Brückenglied vollverblendet | O | Geschiebe |
| I 1 | Goldinlay einflächig | R | Wurzelstiftkappe |
| I 2 | Goldinlay zweiflächig | S | Implantatgetragene Suprakonstruktion |
| I 3 | Goldinlay dreiflächig | H | Halteelement |
| I 4 | Goldinlay vier-bzw. mehrflächig | A | Adhäsivbrücke |

| |
|---|
| Bemerkung: |
| |
| |
| |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datum: | | Unterschrift: | |