

# AUFTRAGSFORMULAR (KRONEN/BRÜCKEN)

Formular FO-63 / REV.: 01 / 2017-09-25

**KUNDE / ANSCHRIFT / TEL. / E-MAIL / ANSPRECHPARTNER**

**PATIENT-ID**

**ANGELIEFERT**

- |                                       |                                           |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Modell       | <input type="checkbox"/> Zahnfleischmaske |
| <input type="checkbox"/> Gegenkiefer  | <input type="checkbox"/> Artikulator      |
| <input type="checkbox"/> Biss         | <input type="checkbox"/> Desinfiziert     |
| <input type="checkbox"/> Wax- / Setup |                                           |

**BITTE AUSFÜLLEN!**

**K = KRONE   B = BRÜCKENGLIED   - = VERBLOCKUNG**

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

MATERIAL	FARBE*	APPROXIMALKONTAKT**
<input type="checkbox"/> nt-iDent CoCr	<b>FARBE VITA</b> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> (bei zahnfarbenen Konstruktionen)	<input type="checkbox"/> leicht
<input type="checkbox"/> nt-iDent Zirconia	<b>MONOCHROM      MULTICOLOR      OPAK</b>	<input type="checkbox"/> stark
<input type="checkbox"/> nt-iDent Titan	<input type="checkbox"/> Light <input type="checkbox"/> ML	
<input type="checkbox"/> nt-iDent PEEK	<input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> STML <input type="checkbox"/> ISO 500	
<input type="checkbox"/> nt-iDent PMMA	<input type="checkbox"/> Intense <input type="checkbox"/> UTML <input type="checkbox"/> ISO 800	
		<b>OKKLUSALKONTAKT**</b>
		<input type="checkbox"/> leicht
		<input type="checkbox"/> stark

AUSFÜHRUNG***	PONTICAUFLAGE BEI VOLLANATOMIE	BRÜCKENGLIEDGESTALTUNG
<input type="checkbox"/> vollanatomisch	<input type="checkbox"/> radieren	<input type="checkbox"/> schwebend
<input type="checkbox"/> vollverblendet	<input type="checkbox"/> nicht radieren	<input type="checkbox"/> herzförmig
<input type="checkbox"/> teilverblendet		<input type="checkbox"/> sattelförmig

\* Farbuordnung und Mindeststärken siehe Preisliste / \*\* bei anatomischen Kronen/Brücken / \*\*\* kombinierte Ausführung bitte im Freitext spezifizieren

**FREITEXT / SPEZIFIKATIONEN**



**BITTE BEACHTEN:**

- Modelle mit herausnehmbaren Stümpfen
- Bissregistrator mitliefern
- Modelle abnehmbar vom Split Cast Sockel
- scanbares Modellmaterial

Datum / Unterschrift