



**Auftraggeber (Stempel, Unterschrift):**

Datum:

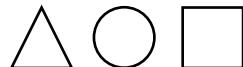
Patient:

Alter:

- M
- W

Zahnfarbe:

Zahnform:



Typus:

Material / Legierung:

Auftragsnummer:

Auftragsdatum:

## Leistungen

**Datum**

**Uhrzeit**

Funktionslöffel

Bissnahme

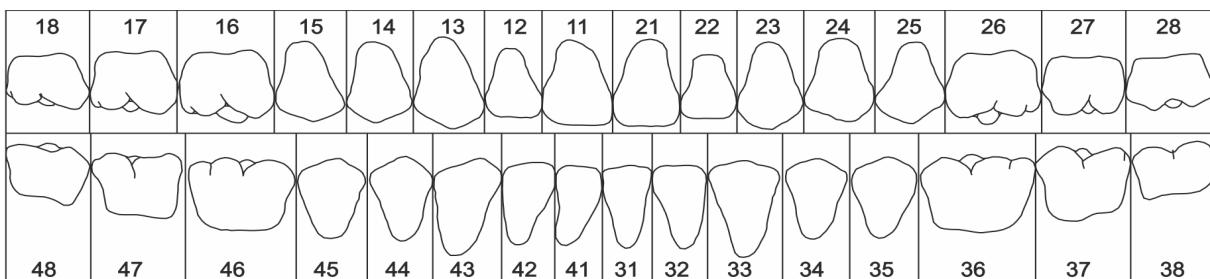
Gerüstprobe

Termin 1

Termin 2

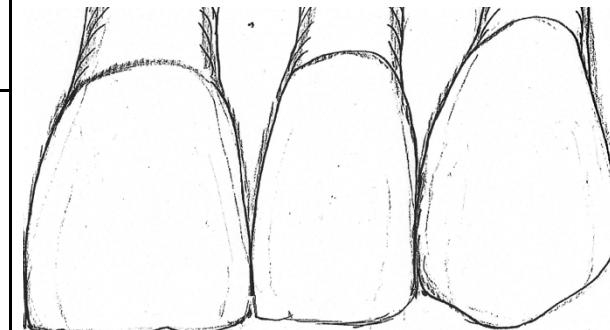
Termin 3

Fertigstellung



Notizen:

Charakteristika:



Mitgeliefert:

- Bitte telefonische Rücksprache

