

## KOSTENANFRAGE

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kasse                 | <input type="checkbox"/> Regelversorgung                               | <input type="checkbox"/> NEM             |
| <input type="checkbox"/> Privat                | <input type="checkbox"/> Gleichartige Versorgung                       | <input type="checkbox"/> Zirkon          |
| <input type="checkbox"/> Härtefall             | <input type="checkbox"/> Andersartige Versorgung                       | <input type="checkbox"/> Edelmetall      |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsbogen         | <input type="checkbox"/> Modellguß/Gaumenfrei <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Redu. Legierung |
| <input type="checkbox"/> Implantatsystem _____ |  | <input type="checkbox"/> Pd-Ag Legierung |

Behandler (Bitte stempeln, danke)

### Patient

Variante 1

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

### Notizen

Variante 2

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

### Notizen

---



---



---