

# Bitte Kostenvoranschlag

<b>Behandler:</b>	<b>Patient:</b>			<b>Kasse:</b>		
				<b>Privat:</b>		
	evtl. Rückfragen an:					
	KV-Anfrage erstellt am:			<b>geplanter Arbeitsbeginn:</b>		
<b>Implantologe/Chirurg:</b>	KV bis spätestens:					
	<b>Regelver.</b>	<b>Gleichartigever.</b>	<b>Andersartigever.</b>	<b>Härtefall</b>		
	<b>KV via:</b>	<b>E-Mail:</b>	<b>Fax:</b>	<b>Tel.:</b>	<b>Papier:</b>	



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

<b>Implantathersteller:</b>	<b>Titanabutment:</b>	<b>Farbnahme im Labor</b>
	<b>Zirkonabutment:</b>	<b>Farbnahme in Praxis</b>
<b>Implantattyp:</b>	<b>Offener Löffel:</b>	<b>Gesichtsbogen:</b>
	<b>Geschl. Löffel:</b>	

<b>Übermittelt an Praxis am:</b>
----------------------------------