

Auftragsdatum		Liefertermin		Biss _____ Löffel _____ Einprobe 1 _____ Einprobe 2 _____ Einprobe 3 _____ Fertig _____		Auftraggeber (Stempel)																																																	
Patientenname																																																							
Privat <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/>																																																							
PAN						Zahnfarbe																																																	
<table border="0" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td colspan="16"></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>						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		
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																																								
Art des Auftrages						Material																																																	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						Hochwertig <input type="checkbox"/> Goldreduziert <input type="checkbox"/> Sparlegierung <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Metallkeramik <input type="checkbox"/> Emax <input type="checkbox"/> Zirkon verbl. <input type="checkbox"/> Vollzirkon <input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>																																																	
Abformung <input type="checkbox"/> Bissgabel <input type="checkbox"/> Modell <input type="checkbox"/> Teleskop <input type="checkbox"/> Gerüst <input type="checkbox"/> Artikulator <input type="checkbox"/>																																																							