

Kostenvoranschlag

DATUM: _____ PRAXIS: _____

PATIENT: _____

KASSE

PRIVAT

Geplante Versorgung:

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

Alternative:

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: NEM Econolloy AU AG Degunorm
Verblendung: Kunststoff Ceramage Keramik
vollverbl vestibulär Cercon
IPS e.max

Sonstiges:

