



**Prothetischer Behandlungsplan für Kostenvoranschlag**

**BITTE DEUTLICH SCHREIBEN**

<b>Praxis:</b>	<b>Datum:</b>
----------------	---------------

**Kontakte der Zähne im Mund bitte mit Folie prüfen und hier mit X eintragen.**

<b>Patient:</b>	<b>Datum:</b>																																																																																																																														
<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td></td><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><td></td> </tr> <tr> <td>Planung</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Planung</td> </tr> <tr> <td>Befund</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Befund</td> </tr> <tr> <td>Kontakt bitte X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Kontakt bei X</td> </tr> <tr> <td>Befund</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Befund</td> </tr> <tr> <td>Planung</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Planung</td> </tr> <tr> <td></td><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><td></td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		Planung																	Planung	Befund																	Befund	Kontakt bitte X																	Kontakt bei X	Befund																	Befund	Planung																	Planung		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																																																																																																															
Planung																	Planung																																																																																																														
Befund																	Befund																																																																																																														
Kontakt bitte X																	Kontakt bei X																																																																																																														
Befund																	Befund																																																																																																														
Planung																	Planung																																																																																																														
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																															

<b>Planung Oberkiefer</b>		<b>KASSE</b>	
		Andersartig	
		Gleichartig	
		Regelversorgung	
		PRIVAT	
		Ausland	
<b>Planung Unterkiefer</b>		<b>Material</b>	
		NEM	
		EM	
		ZIRKON	
		Presskeramik	
<b>Labor- und Materialkosten alter HKP:</b>		Galvano	
<b>Prothesenkennzeichnung</b>		<b>Vollverblendung</b>	<b>Titan</b>
<b>Gesichtsbogen</b>		<b>Tertiärgerüst</b>	<b>Polycarbonat</b>
<b>Individuelle Farbnahme im Labor</b>		<b>Primärkronen Zirkon</b>	
<b>Individuelle Verblendung</b>		<b>Lippenschild aufpolstern</b>	<b>Preis alter HKP :</b>
<b>Keramikschulter</b>		<b>Individuelle Aufstellung</b>	