



## Kostenvoranschlag für Kombinationsprothetik

Praxis:

Fax-Nr.oder E-Mail-Nr.:

*Der Kostenvoranschlag ist nur bindend,  
wenn bei Auftragserteilung die Beleg-  
Nummer und „ **Ausführung nach  
KV**“ auf den Auftrag vermerkt wird!*

Bitte um KV bis zum: \_\_\_\_\_

Bitte um einen Kostenvoranschlag für Kronen und Brücken oder Kombinationszahnersatz  
Analog Fall: \_\_\_\_\_ für Patient: \_\_\_\_\_

### Patient

Privat  
GKV  
Regelleistung  
gleichartig  
andersartig

### Material

NEM  
Gold  
Titan / Niob  
**Zeram:** Basis Standard Plus  
**Presskeramik:** Inlay Teilkrone Vollkrone  
**Zirkon:** Vollverblendet Teilverblendet Vollkrone  
Komposit  
Keramikverblendung  
IPS e.max  
R+K Multicolor Zirkon

### Verblendung

Vollverblendung  
Vest. Verblendung

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan TP=Therapieplan R=Regelversorgung B=Befund

TP																
R																
B																
	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
B																
R																
TP																

Art des Auftrages

### Terminplanung

Termine	Art der Arbeit	Datum
1. Sitzung		
2. Sitzung		
3. Sitzung		
4. Sitzung		