

Zahnarzt

Name, Patient, Nummer

GKV

Privat

Typ

Zahnstellung

Alter .....  männl.  weibl.

Zahnform  oval  rund  eckig

Zahnfarbe .....

Stumpffarbe .....

Regelversorgung

gleichartige Versorgung

andersartige Versorgung

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

|                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|                    | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| TP                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| R                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| B                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Art der Versorgung |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| B                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| R                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TP                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 28 |

XML-NR.: .....

Gesichtsbogen  ja  nein

Art der Arbeit: .....

Termin

Datum / Uhr

Fu-Löffel

/

Bisschabl.

/

Einprobe 1

/

Einprobe 2

/

/

/

/

Mitgeliefert: .....

Fertigstellung