



Schaulin
D E N T A L L A B O R

Kunde: _____

Abgabe Termin: _____

Patientenname: _____

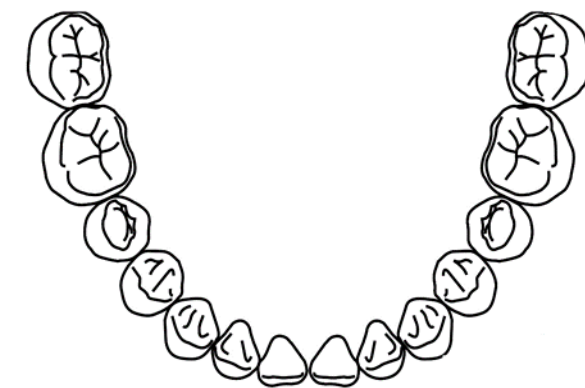
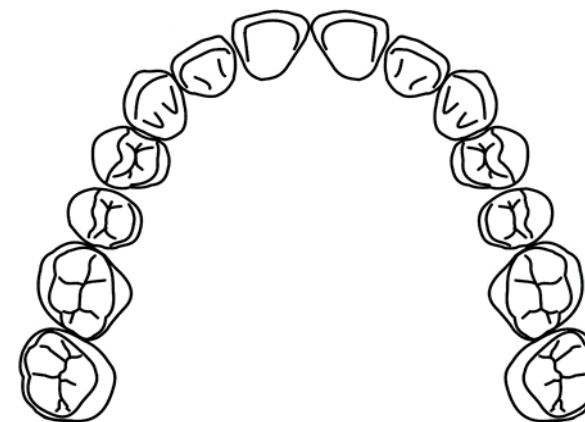
Vorname: _____

Geb. Datum: _____ (TT.MM.JJJJ)

Auftragsdatum: _____

Abrechnung: IV Privat KK

Farbe: _____



Bemerkungen:

- OK Platte
- UK Platte
- Monoblock
- Aktivator
- Steckaktivator
- FDP/ GNE/ Hyrax
- Studienmodell
- Schraube Mitte
- Schraube Seite
- Aufbiss Front
- Headgear
- Röhrchen
- Reparatur/ Änderung

- | OK | | UK |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Labo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Hochlabo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Adamskl./ Poncini | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Einfachpfeil | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Anschlagdorn | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Zw. Feder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Protfeder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Protschlaufe | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Fingerfeder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Paddelfeder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Torquefeder | <input type="checkbox"/> |
- Retainer: