

Implantat-Auftrag / Planung / Checkliste

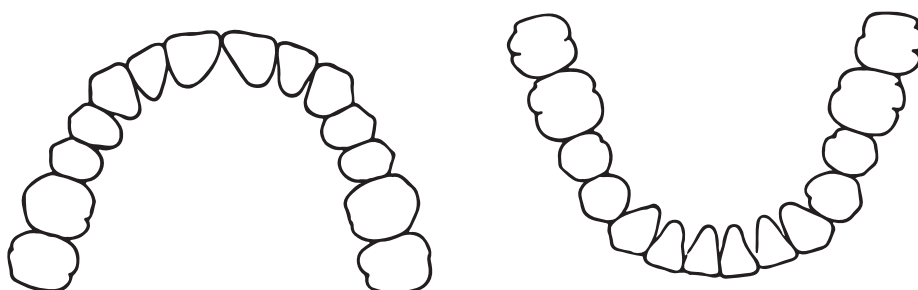
Name / Anschrift / Zahnarztpraxis:

Name / Patient:	Alter:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Geplante prothetische Versorgung:	Implantatsystem:	

Festsitzend: <input type="radio"/> zementiert <input type="radio"/> verschraubt	Herausnehmbar: <input type="radio"/> Kugelanker <input type="radio"/> Steggelenk/ Geschiebe <input type="radio"/> Teleskope <input type="radio"/> Gefräster Steg
---	--

Anzahl Implantate:

Gewünschte Position:



Lieferumfang der Zahnarztpraxis:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Abdrücke für
Arbeitsmodelle | <input type="radio"/> DICOM-Daten |
| <input type="radio"/> Abdrücke für
Sitmodelle | <input type="radio"/> Scandaten / .stl |
| <input type="radio"/> Bilder | <input type="radio"/> Intraoralscan |
| <input type="radio"/> Biss-Registrierung | <input type="radio"/> Planung bis Datum:
..... |
| <input type="radio"/> Zahnfarbe | <input type="radio"/> OP-Termin:
..... |

Digitale Daten an:

Auftrag an das Dental-Labor

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Paket 1 | <input type="radio"/> Paket 2 | <input type="radio"/> Paket 3 |
| <input type="radio"/> Bohrschablone / SMOP | | |
| <input type="radio"/> Pilotbohrung | | |
| <input type="radio"/> Guided | | |
| <input type="radio"/> Sofortversorgung All-on-4/6 | | |
| <input type="radio"/> Provisorische Versorgung | | |
| <input type="radio"/> Angebot | | |
| <input type="radio"/> | | |

bitte speichern Sie das Dokument ab und senden es per E-Mail an:

scandaten@bachmann-dental.de

Bemerkungen / Sonstiges: