



DENTAL LABOR TRUNZER

AUFTRAGSNUMMER:

XML Nummer

Zahnarzt (Stempelfeld) 	Name, Patient Typ: <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> \circ <input type="checkbox"/> \square Zahnstellung: _____ Alter: ____ <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Krankenkasse <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV Zahnform _____ Zahnfarbe _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Termine</th> <th>Tag</th> <th>Uhr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>FU-Löffel</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bißschabl.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Einprobe 1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Einprobe 2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Einprobe 3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Einsetzen</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Termine	Tag	Uhr	FU-Löffel			Bißschabl.			Einprobe 1			Einprobe 2			Einprobe 3			Einsetzen																											
Termine	Tag	Uhr																																															
FU-Löffel																																																	
Bißschabl.																																																	
Einprobe 1																																																	
Einprobe 2																																																	
Einprobe 3																																																	
Einsetzen																																																	
	<table border="1"> <tr> <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> </tr> <tr> <td colspan="16" style="border-top: 2px solid black;"></td> </tr> <tr> <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> </tr> </table>	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
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																																		
Notizen: 	Abformung _____ Löffel _____ Modell _____ Biß _____ Artikulator _____ Zähne _____ Zirkon _____ Legierung _____ - Hochgold-Leg. _____ - Goldreduzierte _____ - Palla.-Basis _____ - Sonstiges _____ _____ _____ _____																																																