

## Faxanfrage für Kostenvoranschläge

an Faxnummer: **0441-608500**

Wir erbitten für unsere/n Patienten/in eine Kostenvoranschlag:

Praxis:

Patient/in:

**Versicherung:**

Privat

Kasse

Härtefall

**Versorgung:**

Regel

gleichartig

andersartig

**Verblendung:**

voll

vestibulär

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

NEM

hochkarät. Leg.

Spargold

Titan

SmartLine

CerLine Plus

CerLine Brillant

Monolyt.

e.max®

Registrat

Gesichtsbogen

Friktionsstifte

Modellguss

CoverDenture

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---