

Auftrag zementierte Lösungen

1. Konto Informationen Dentallabor (Druckschrift)

* Labor Name: _____
 Allshape Konto Nr.: _____
 * Kontakt: _____
 * Phone: _____
 Fax: _____
 * e-mail: _____
 * Patienten ID: _____

2. Beschrieb

Zahn Nr.	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Art														

Zahn Nr.	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Art														

Abkürzungen:

Kappe Vollanatomische Krone	Ka Kr	Pontic Brücke (Beispiel)	Pt Ka-Pt-Pt-Ka
--------------------------------	----------	-----------------------------	-------------------

3. Material / Finish

<input type="checkbox"/> Titan <input type="checkbox"/> Chrom Kobalt <input type="checkbox"/> Pekkton® ivory	<input type="checkbox"/> ZrO ₂ <input type="checkbox"/> IPS e.max® CAD <input type="checkbox"/> PMMA	Farbe _____ Farbe _____ Farbe _____
--	---	---

4. Weitere Instruktionen

5. Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass die mitgelieferten Modelle auf ihre Genauigkeit überprüft wurden und dass die angegebenen Informationen korrekt sind. Alle Teile, welche in der oralen Umgebung waren, wurden desinfiziert. Dieses Formular ermächtigt allshape AG zur Herstellung einer Suprastruktur, aufgrund und basierend auf den Informationen auf diesem Auftragsformular.

Datum _____

Unterschrift Techniker _____