



özel **DEN-TEK** A.Ş.

1145/6 Sok No: 4
Aydınlar İş Merkezi B-Blok
35110 Yenisehir /İzmir / TÜRKİYE
Tel: +90 232 4698386
Fax: +90 232 449 6960

www.dentek.com.tr

dentek@dentek.com.tr

Labor/Praxis (Stempel) :

Lieferadresse:

Auftragsnummer:

Patientenname:


Laborauftrag

Versanddatum: _____


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

KM: krone vollverblendet, KV: krone vestibulaer verblendet, K: krone vollguss, BM: brückenglied vollverblendet, BV: brückenglied vestibulaer verblendet, B: vollgussbrückenbied, ZK:zirkonkrone, ZB:zirkonbrückenglied, V:veneer, IM:inlay, S:keramikschulter, LP:langzeitprovisorium, E:ersetzen
TM: sekundaer vollverblendet, TV: sekundaer vestibulaer verblendet, T: vollguss teleskop, I: inlay, PK: teilkrone, ST:stiftaufbau, IP: implantat

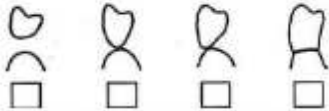
Metall : NEM Zirkon Hochgold Reduziert Titan Kunststoff

 Vollverblendet

 Metallrand

 Vestibulaer verblendet

Zwischenglied



Zusatz Informationen:

Zahnfarbe: _____

Mitgeliefertes Material

Saegemodell
(Anzahl)

Gegenkiefer-
modell (Anzahl)

Wax-up

Quetschbiss
(Anzahl)

Abutment
Schraube

Gewünschter Liefertermin: _____

Auftragsbestaetigung:

(Datum, Unterschrift) _____