



**Franke** GmbH

Oberstiftstraße 44  
54338 Schweich  
Fon 0 65 02/4 04 49 61  
Fax 0 65 02/4 04 49 63

<b>Anschrift des Zahnarztes</b>								Name, Patient, Nummer								<input type="checkbox"/> GKV	
								Typ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zahnstellung _____ Alter ____ <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.								Zahnform	
Ther.-Plan																	
Reg. Vers.																	
Befund																	
	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	
Befund																	
Reg. Vers.																	
Ther.-Plan																	

Art.-Nr.: 50/3/1F SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 327344 - www.schutzdruck.de

Abformung <input type="checkbox"/> _____ Löffel <input type="checkbox"/> _____ Modell <input type="checkbox"/> _____ Biss <input type="checkbox"/> _____	Artikulator <input type="checkbox"/> _____ Zähne <input type="checkbox"/> _____ Legierung <input type="checkbox"/> _____ Edelmetall _____ g	Sonstiges _____ _____ _____	Rücksprache _____ _____ _____	Auftragsdatum: _____ Angemeldet: _____	Liefertermin _____ _____
---	--	--------------------------------------	--	---	--------------------------------

Der Auftrag wird zu den allgemeinen Geschäfts-, Lieferungs- und Zahlungsbedingungen des Zahntechniker-Handwerks ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahnarztes