

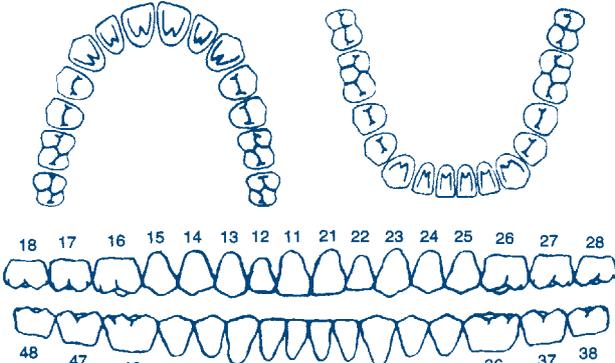


DENTAL DESIGN  
ERLANGEN

DENTAL DESIGN ERLANGEN  
PHILIPP VON DER OSTEN  
RUDELPLATZ 4  
91056 ERLANGEN  
ADRESSE

09131 6163 800  
TEL  
09131 6163 801  
FAX

INFO@DENTAL-ERLANGEN.DE  
MAIL  
WWW.DENTAL-ERLANGEN.DE  
WEB

<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;"> <span>R</span><span>OK</span><span>L</span><span>R</span><span>UK</span><span>L</span> </div> 	<p>ANSCHRIFT DES ZAHNARZTES</p> <hr/> <p>PATIENT: NAME &amp; NUMMER</p> <p><input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV</p>																																				
<p>VERTRAGS-LEISTUNG</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #004a87; color: white;"> <th>TERMIN</th> <th>TAG</th> <th>UHR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMÄR + BISS</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>WACHSANPR. 1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>WACHSANPR. 2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FERTIG</td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ÄSTHETIKANPROBE</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FERTIG</td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TERMIN	TAG	UHR	PRIMÄR + BISS			WACHSANPR. 1			WACHSANPR. 2			FERTIG									ÄSTHETIKANPROBE			FERTIG											
TERMIN	TAG	UHR																																			
PRIMÄR + BISS																																					
WACHSANPR. 1																																					
WACHSANPR. 2																																					
FERTIG																																					
ÄSTHETIKANPROBE																																					
FERTIG																																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">           ABFORMUNG <input type="checkbox"/> _____            LÖFFEL <input type="checkbox"/> _____            MODELL <input type="checkbox"/> _____            BISS <input type="checkbox"/> _____            SCANS <input type="checkbox"/> _____         </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">           RÜCKSPRACHE            _____            _____         </td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">           AUFTRAGSDATUM:            _____            ANGEMELDET:            _____         </td> </tr> </table>	ABFORMUNG <input type="checkbox"/> _____ LÖFFEL <input type="checkbox"/> _____ MODELL <input type="checkbox"/> _____ BISS <input type="checkbox"/> _____ SCANS <input type="checkbox"/> _____	RÜCKSPRACHE _____ _____	AUFTRAGSDATUM: _____ ANGEMELDET: _____	<p>LIEFERTERMIN</p>																																	
ABFORMUNG <input type="checkbox"/> _____ LÖFFEL <input type="checkbox"/> _____ MODELL <input type="checkbox"/> _____ BISS <input type="checkbox"/> _____ SCANS <input type="checkbox"/> _____	RÜCKSPRACHE _____ _____	AUFTRAGSDATUM: _____ ANGEMELDET: _____																																			

DER AUFTRAG WIRD ZU DEN ALLGEMEINEN GESCHÄFTS-, LIEFERUNGS- UND ZAHLUNGSBEDINGUNGEN DES ZAHNTECHNIKER-HANDWERKS AUSGEFÜHRT. EINE GESONDERTE BESTÄTIGUNG DES AUFTRAGES ERFOLGT NICHT.

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT DES ZAHNARZTES