

Auftragsformular

Praxisstempel / Name 	Datum _____ Patient <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Farbe _____
----------------------------------	--

XML-Datei _____

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

Ausführung _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Champ-Krone monolithisch

<input type="checkbox"/> Champ-Krone verblendet

<input type="checkbox"/> Champ-Krone Multilayer | 1. Anprobe _____

2. Anprobe _____

Fertigstellung _____ |
|---|---|

Bitte beachten: Zustellung mit DHL erfolgt bis 12 Uhr

Mitgeliefert

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> __ Löffel | <input type="checkbox"/> __ Shuttle | <input type="checkbox"/> __ Bissgabel |
| <input type="checkbox"/> __ Biss | <input type="checkbox"/> __ Halteschraube | <input type="checkbox"/> __ Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> __ Modell | <input type="checkbox"/> __ Titanabdruckpfosten | |