

Auftragsformular

Praxisstempel / Name	Datum _____
	Patienten-Nr. <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	1. Anprobe _____
<input type="checkbox"/> Champ-Krone verblendet	2. Anprobe _____
<input type="checkbox"/> Champ-Krone Multilayer	Fertigstellung _____
<input type="checkbox"/> Champ-Krone e.max press	Bitte beachten: Zustellung mit DHL erfolgt bis 12 Uhr
<input type="checkbox"/> Verschraubt	

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	