



## Auftragsformular

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

XML-Datei \_\_\_\_\_

<b>18 17 16 15 14 13 12 11</b>	<b>21 22 23 24 25 26 27 28</b>
<b>48 47 46 45 44 43 42 41</b>	<b>31 32 33 34 35 36 37 38</b>

Ausführung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

### 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	