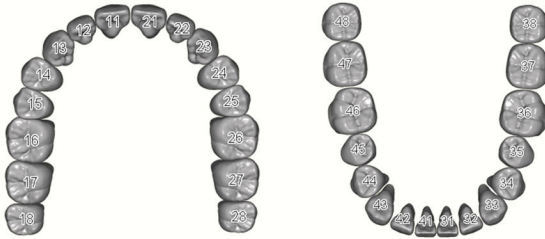


R OK L R UK L



Anschrift / Stempel / inkl. Tel. Nr.:

Patient:

Zahnfarbe:

Erläuterungen zur Arbeit:

Bitte gewünschte Parameter ankreuzen / eintragen

Wandstärke:	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 0,6	andere _____
Zementspalt:	<input type="checkbox"/> 0,05	<input type="checkbox"/> 0,08	andere _____
Verblockung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zirkongerüst einfärben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zirkongerüst ausarbeiten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gewünschter Versand:	<input type="checkbox"/> Bote	<input type="checkbox"/> TNT	

Zur Arbeit mitgegeben:

- Biß
- Artikulator
- Modelle

Bitte telefonischer Rückruf:

Am: \_\_\_\_\_

Um: \_\_\_\_\_

Auftragsdatum:

Arbeit spätestens zurück am: \_\_\_\_\_ bis 17.00 Uhr

Bitte beachten Sie unsere Bearbeitungszeit im Fräszentrum von 4 Werktagen