

Auftrag an Feguramed cadcam



Labor / Praxis

Datum

E-Mail

Gewünschter Liefertermin

Bitte rufen Sie mich zurück unter Tel.

Name Patient

Folgende Unterlagen werden mitgeliefert

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Präparationsmodell | <input type="checkbox"/> Gegenkiefermodell | <input type="checkbox"/> Bissregistrator |
| <input type="checkbox"/> Situationsmodell | <input type="checkbox"/> Wax-Up | <input type="checkbox"/> Artikulator |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

Spezifikation des Gerüstes

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
K Krone, vollanatomisch						B Brückenglied, vollanatomisch						TK Primärteleskop			
KM Krone für Vollverblendung						BM Brückenglied für Vollverblendung									
KMV Krone für vestibuläre Verblendung						BMV Brückenglied für vestibuläre Verblendung									

VITA-Zahnfarbe A1-D4

Material

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zirkonoxid | <input type="checkbox"/> NEM (Cobalt-Chrom, nickelfrei) | <input type="checkbox"/> PMMA |
| Gewünschte Farbe: _____ | | Gewünschte Farbe: <input type="checkbox"/> A2/A3 <input type="checkbox"/> B1/B2 |
| <input type="checkbox"/> Polyamid (PA), klar, für kieferorthopädische Schienen | | |

Hinweise zum Auftrag