

PATIENT _____

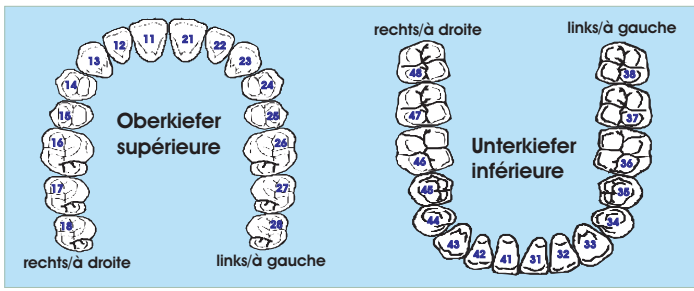
Typ
type

Männlich
mâle

Weiblich
féminin

Privat / privé

Kasse / caisse



ANLIEFERUNG / LIVRAISON

Löffel: _____
Porte Empreinte: _____

Modell: _____
Modèle: _____

Biß: _____
Plaque Base: _____

Artikel: _____
article: _____

Zähne: _____
Dents: _____

Sonstiges: _____
autres: _____

Z A H N T E C H N I K S à r l

19, rte de Luxembourg - L-6633 Wasserbillig - Tel: 00 352 / 26 35 56 0

Fax: 00 352 / 26 35 56 55

ANSCHRIFT DES ZAHNARZTES / ADRESSE DU MÉDECIN-DENTISTE _____

RÜCKSPRACHE MIT: _____
CONTACTER: _____

SITUATIONSMODELL BITTE MITLIEFERN / LIVREZ MODÈLE D'ÉTUDE S.V.P.

AUFTRAGSDATUM: _____
DATE DE COMMANDE: _____

LABORAUFRAGS-NR: _____
N° DE COMMANDE DE LABORATOIRE: _____

ANGEMELDET: _____
INSCRIPTION: _____

VERBINDUNGEN LIAISONS																	
HERAUSNEHMBAR AMOVIBLE																	
FESTSITZEND FIXE																	
	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	
FESTSITZEND FIXE																	
HERAUSNEHMBAR AMOVIBLE																	
VERBINDUNGEN LIAISONS																	

LEGIERUNG BITTE ANGEBEN
INDIQUEZ ALLIAGES S.V.P.

ALLERGIEN BITTE ANGEBEN
INDIQUEZ ALLERGIES S.V.P.

ZAHNFARBE BITTE ANGEBEN
INDIQUEZ TEINTE DES DENTS S.V.P.

HINWEISE / REMARQUE _____

Bißnahme d'occlusion	1. Einprobe / 1 ^{er} essayage	2. Einprobe / 2 ^o essayage	3. Einprobe / 3 ^o essayage	Fertigstellung mise en bouche
_____	_____	_____	_____	_____