



Praxis

Praxis

Name des Behandlers

XML-Nummer

Patient

☐ Frau ☐ Mann ☐ PKV ☐ GKV

Patient Name

Patient Vorname

☐ Aufgeschlüsselte Rechnung

Planung

☐ Kostenvoranschlag für die Arbeit vorhanden

☐ Rücksprache mit Techniker

Termin 1:
(Einsetzen)

Termin 2:
(Einsetzen)

Indikation

OK UK

- ☐ ☐ Schiene Basis (Kasse - ohne Einbisse, tiefgezogen)
- ☐ ☐ Schiene Premium (Kasse - mit Einbissen, keine Front-/Eckzahnführung, gefräst)
- ☐ ☐ Schiene Exklusiv (Privat - voll adj. FAL Schiene, mit Einbissen und Front-Eckzahnführung, gefräst)
- ☐ ☐ Valplast (Bitte zu ersetzende Zähne angeben)
- ☐ ☐ Bohrschablone (Pilotbohrung)
- ☐ ☐ Bohrschablone (Guided)
- ☐ ☐ All on 4/6
- ☐ ☐ Indiv. Löffel - 3D Druck
- ☐ ☐ Sonstiges: _____

Zahnfarbe: _____



Implantat-Informationen für Bohrschablonen/ All on 4/6

Hersteller: _____

Typ: _____

Implantat-Position
an Zahn / Zähnen: _____

☐ Okklusal verschraubt ☐ Verklebt

Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

- ☐ Situ-Modelle
- ☐ Abdrücke
- ☐ Kontroll-Abdrücke
- ☐ DICOM Datensatz
- ☐ Gesichtsbogen
- ☐ Bissregistrator
- ☐ Fotos
(an: technik@cera-technik.de)
- ☐ _____
- ☐ _____

Kommentare und Anmerkungen:

Cera-Technik Intern: Versandgänge
wird von Cera-Technik GmbH ausgefüllt

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Datum und Unterschrift

☐ Hiermit bestätigen wir, dass die Abdrücke in
der Praxis desinfiziert wurden.

Datum

Unterschrift