

Arbeitsauftrag

Praxisstempel

Patientenname: ☐ männl. ☐ weibl.

Auftrags ID / xml: Zahnfarbe

TP																	TP
RV																	RV
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
RV																	RV
TP																	TP

Material: ☐ NEM ☐ Hochgold ☐ Pd/Ag

☐ Zirkon geschichtet ☐ Vollzirkon / Monolythisch ☐ Empress

Verblendung: ☐ vestibulär ☐ aus Keramik

☐ vollverblendet ☐ aus Komposite

Modellguss: ☐ OK ☐ UK Form:

Geschiebe: ☐ Preci ☐ Duolock ☐ MK1

Termine:	Datum	Uhrzeit
Modelle: ☐ indiv.Lö.: ☐ Biß: ☐ Primär T.: ☐		
sonstiger Termin:		
Gerüstanprobe:		
Gesamt-Anprobe / Rohbrand:		
Fertigstellung:		

Notizen:

FAX: 0201-8056341

EMAIL: info@contidental.de