

Investitionsplanung

Praxis:
eMail:
Patientenname / Nummer:



Datum: _____

TP																
RV																
B																
	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
B																
RV																
TP																

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Edelmetall | <input type="checkbox"/> | Stützstiftregistrat | <input type="checkbox"/> |
| Gold reduzierte Legierung | <input type="checkbox"/> | Gesichtsbogen | <input type="checkbox"/> |
| NEM | <input type="checkbox"/> | Implantatteile werden: | |
| Presskeramik | <input type="checkbox"/> | angeliefert | <input type="checkbox"/> |
| Glaskeramik | <input type="checkbox"/> | vom Labor bestellt | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | |
| Rückruf erwünscht | <input type="checkbox"/> | Regelversorgung | <input type="checkbox"/> |
| KV faxen | <input type="checkbox"/> | 100% | <input type="checkbox"/> |
| KV per eMail | <input type="checkbox"/> | gleichartig | <input type="checkbox"/> |
| Kostenträger | <input type="checkbox"/> | andersartig | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen:

Stempel und Unterschrift