

	<p>Anschrift des Zahnarztes</p> <p>Name, Patient, Nummer _____</p> <p>Typ <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnstellung _____</p> <p>Alter _____ <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.</p> <p><input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> gleichartige Versorgung <input type="checkbox"/> andersartige Versorgung</p> <p>Zahnform _____ Zahnfarbe _____</p>																																																																																															
<p>Leistung</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%;">Termin</th> <th style="width: 10%;">Datum</th> <th style="width: 10%;">Uhrzeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Termin	Datum	Uhrzeit																																																																																									<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Auftragsdatum:</td> <td rowspan="2" style="width: 40%; vertical-align: top;"> Liefertermin (Eingang Praxis) </td> </tr> <tr> <td>Angemeldet:</td> </tr> </table>	Auftragsdatum:	Liefertermin (Eingang Praxis)	Angemeldet:
	Termin	Datum	Uhrzeit																																																																																													
Auftragsdatum:	Liefertermin (Eingang Praxis)																																																																																															
Angemeldet:																																																																																																
Abformung <input type="checkbox"/> Lüßel <input type="checkbox"/> Modell <input type="checkbox"/> Gips <input type="checkbox"/>	Artlichter <input type="checkbox"/> Zähne <input type="checkbox"/> Legierung <input type="checkbox"/> Edelmetall _____ g	Sonstiges <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Rücksprache _____ _____ _____																																																																																													
Der Auftrag wird zu den „Allgemeinen Geschäftsbedingungen“ des Zahntechniker-Handwerks ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht.																																																																																																