Neuen Fall hinzufügen

Zahnarzt
Tobias Schauf

Versand Nummer
5500

XML- Nummer
04-8767-0-1918-ZE-8592-1-7

Vorname
Thilo

Nachname
Ehrke

Geschlecht
M (m)

Auftragsart
Analog

Zahnfarbe
C4

Versicherungsstatus
GKV

Therapieplan

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	E	E	H							H	E	E	E	E	

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	E	E	E	H							H	E	E	E	

Materialien
NEM

Auftragsbeschreibung in Textform
OK/UK Abdrücke Modelguss Verklammerung

Auftragsbeschreibung Zeichnung

Terminart
Löffel / Biss

Datum
28/09/2026

Uhrzeit
16:00

Weiterer Termin?
- Ja

Terminart
1. Einprobe

Datum
05/10/2026

Uhrzeit
16:00

Weiterer Termin?
- Ja

Terminart
Fertigstellung

Datum
08/10/2026

Uhrzeit
10:00

Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen und Datenschutzrichtlinien zur Kenntnis genommen und stimme ihnen zu

- Ja