# Neuen Fall hinzufügen

**Zahnarzt**
Tobias Schauf

**Versand Nummer**
4859

**XML- Nummer**
04-8767-0-5447-ZE-8615-1-3

**Vorname**
Sascha

**Nachname**
Voigt

**Geschlecht**
M (m)

**Auftragsart**
Analog

**Zahnfarbe**
A3

**Versicherungsstatus**
GKV

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

**Materialien**
NEM

**Auftragsbeschreibung Zeichnung**

**Terminart**
Löffel / Biss

**Datum**
06/11/2026

**Uhrzeit**
10:00

**Weiterer Termin?**
- Ja

**Terminart**
1. Einprobe

**Datum**
17/11/2026

**Uhrzeit**
16:00

**Weiterer Termin?**
- Ja

**Terminart**
2. Einprobe

**Datum**
24/11/2026

**Uhrzeit**
16:00

**Weiterer Termin?**
- Ja

**Terminart**
Fertigstellung

**Datum**
26/11/2026

**Uhrzeit**
10:00

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