

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Die folgende Behandlung wird derzeit durchgeführt oder ist geplant:**

Art der Behandlung	Beschreibung der Behandlung	Nr. oder Anzahl der Zähne	Geschätztes Honorar
Vorbeugende Behandlung			
Radiologie			
Parodontologische Behandlung			
Heilende Behandlung - Extraktion - Zahnärztliche Behandlung			
Prothetische Behandlung - Herausnehmbar - Festsitzend			
Andere: - -			

(** bitte geben Sie die Art der Behandlung an)

Ich füge die entsprechenden Röntgen- und Fotoaufnahmen bei.

Geschätzte Dauer der Behandlung: von bis

Datum : Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers: