

Kostenvoranschlag

BÖSING DENTAL GmbH & Co. KG Franz-Kirsten-Str. 1 55411 Bingen Tel.: 06721-4009960

Faxen Sie bitte Ihre Anfrage an **0 67 21 - 4 91 68 29** Vielen Dank!

Zahnarztpraxis:

Patient:

B =Brückenglied

E =zu ersetzender Zahn

H =gegossene Klammern

K =Krone

M =Vollverbl.Keramik

V =Vest.Verblendung

PK =Teilkrone

T =Teleskopkrone

S =implantatgeragene Suprakonstruktion

TP																	
RV																	
Befund																	
	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	
Befund																	
RV																	
TP																	

Härtefall

GKV

Regelversorgung

Gleichartig

Andersartig

PKV

Hochgold

red. Gold

Galvano

NEM

Zirkon-vollverblendet

Zirkon-teilverblendet

Voll-Zirkon (Seitenzahnbereich)

vestibulär verblendet Komposit

vollverblendet Komposit

vestibulär verblendet Keramik

vollverblendet Keramik

Gesichtsbogen

Implantatversorgung

System: _____

Reiseprothese

Implantatsystem angeliefert

Coverdenture mit MG (dental-paradontalgestützte Teleskopprothese)

Coverdenture geg. Basisteil