



Praxis . . . . . Datum . . . . .  
Patient . . . . .

**Situationsmodell**

vorhanden  ja  nein  erforderlich

Situationen übernehmen  ja  nein

Bemerkungen/Wünsche . . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .

Zahnstellung  individuell  ideal  
Patient im Labor  ja  nein  erwünscht

Mit der Bitte um  Rücksprache  Prüfung  Kennnitsnahme

Ansprechpartner . . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .



Praxis . . . . . Datum . . . . .  
Patient . . . . .

**Individuelle Zahnfarbe**

A | B | C | D  
3er dunkler  ja  nein

Besondersheiten/  
Merkmale . . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .

Foto  ja  nein  erwünscht

e-max:  vollanatomisch  geschichtet/cutback

Ansprechpartner . . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .

