



**MBM** Dentaltechnik GmbH  
 Krupp Straße 47 A  
 45472 Mülheim an der Ruhr  
 Tel.: +49 (0) 208 200017 - Fax: +49 (0) 208 852843  
 info@mbm.dental - www.mbm.dental

Praxisadresse:  
 Straße / Hausnummer  
 PLZ Ort  
 Datum:

**Patient**

Patientenname (Druckbuchstaben) Alter    männlich weiblich divers     
 XML / Auftrags-Nr. Individual line (Inland) Smart line (Ausland)    
 Herstellungsort

**Verblockung unter Bemerkungen eintragen**

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

Implantatsystem	
Plattform	Größe

**Zahnfarbe:**

**Stumpffarbe:**

<b>Metall</b> <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Hochwertig <input type="checkbox"/> Reduziert Edelmetall	<input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> Flex-Prothese	<b>Keramik</b> <input type="checkbox"/> E-Max <input type="checkbox"/> Vollzirkon Monolithisch <input type="checkbox"/> Veneer <input type="checkbox"/> Zirkon Plus (Verblendet)
<b>Kunststoff</b> Fu. Löffel <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK Bissnahme <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<b>VMK</b> <input type="checkbox"/> voll Verbl. <input type="checkbox"/> vest. Verbl. <input type="checkbox"/> Girlande	<b>Brückenglied</b> <input type="checkbox"/> Egg-Design <input type="checkbox"/> schwebend <input type="checkbox"/> tangential <input type="checkbox"/> sattelförmig

**Modellguss**

OK  Transversale Basis  Retention über Kieferkamm  Hufeisenförmige Basis  Skelettierte Basis  
 UK

Datum (dd.mm.yyyy)	Uhrzeit	
		Funktionslöffel
		Bissnahme
		1. Einprobe
		2. Einprobe
		3. Einprobe
		Fertigstellung

**Bemerkungen:**

Der Auftrag erfolgt zu den allgemeinen Geschäftsbedingungen.

**Benötigt wird:**  Bitte um telefonischen Rückruf  Labortüten  Auftragszettel  Versandaufkleber