

Kostenvoranschlag anfordern

Praxis: _____

Datum: _____

Patient/in: _____

GKV PKV FHF

Versorgung

Regel Gleichartig Andersartig Härtefall

Material

Hoch goldhaltig Edelmetall reduziert NEM PEEK

Vollkeramik

Zirkonoxid Lithium-Disilikat Feldspat/Geschichtet

Verblendung

Voll Vestibulär ohne

Vollzirkon

premium individuell basic

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RV | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 |
| RV | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kostenvoranschlag bitte erstellen bis: _____

Ansprechpartner in der Praxis: _____



Geschäftsführer
ZTM Christoph Dyck
Maria-Agnesi-Straße 16
38268 Lengede-Broistedt

Fon 05344.9205-0
Fax 05344.9205-50
info@dyck-dental-technik.de
www.dyck-dental-technik.de

Amtsgericht Hildesheim
HRB 101337
Ust ID-Nr. DE 173536779
Steuer-Nr. 38/210/01269

Volksbank eG Braunschweig Wolfsburg
Konto 6 173 101 000 / BLZ 269 910 66
IBAN DE43 2699 1066 6173 1010 00
BIC GENODEF1WOB

Norddeutsche Landesbank Girozentrale
Konto 1 671 700 / BLZ 250 500 00
IBAN DE59 2505 0000 0001 6717 00
BIC NOLADE2HXXX