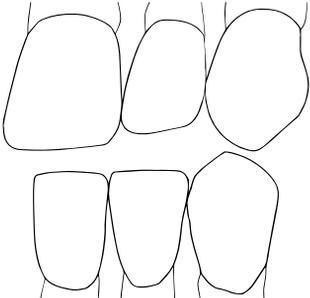


Fertigstellung <input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr <input type="radio"/> Sa									
Praxis / Labor		Fertigst. Datum							
		Auftr. Datum							
		Auftrag A							
Patient Nr. / Patient	1. Einprobe								
Alter <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	2. Einprobe								
Telefonnummer Patient	3. Einprobe								
Zahnfarbe <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td style="text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td style="text-align: center;">31 32 33 34 35 36 37 38</td> </tr> </table>	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	<input type="radio"/> Zirkon <input type="radio"/> Titan <input type="radio"/> Zirkon HT <input type="radio"/> NEM <input type="radio"/> Zirkon Ultra <input type="radio"/> PMMA <input type="radio"/> Zirkon Multilayer <input type="radio"/> E-MAX
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38								
Info zur Arbeit									
Was wurde mitgeschickt	Hinweise zur Charakterisierung 								
Übertragungsbogen									
Abdrucklöffel									
Artikulator									
Bisse									
Foto									