

Praxisstempel / Name: _____

Datum: _____

Patient: _____

Farbe: _____

XML Datei: _____

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

Ausführung: _____

Champkrone vollanatomisch gefräst

Zirkonverblendkrone

1. Anprobe: _____

2. Anprobe: _____

Fertigstellung: _____

Mitgeliefert: _____

