

DATEN DER PRAKTIKER

Arzt:

Datum:

Patient:

Referenz #:

Geburtsdatum:

Try-In: ATI BTI

HABEN SIE ÄNDERUNGEN VORGENOMMEN ODER MÖCHTEN SIE ÄNDERUNGEN ANFRAGEN?

keine Änderungen Ich habe die Physical Try-In geändert

Bitte zeigen Sie, welche Änderungen Sie gemacht haben:

Ich möchte weitere Anpassungen* Und eine neue digitale Vorschau

Bitte beschreiben:

* Wir empfehlen Ihnen, alle notwendige Änderungen vorzunehmen auf dem Try-In bei der Anfrage.

Bestimmte Änderungen werden eine Preiserhöhung zur Folge haben. Es fallen keine zusätzlichen Kosten an für Neupositionierung. Wenn Sie eine ATI Try-In anfragen, berechnen wir ein zusätzlicher Gebühr für Formauswahl, Formfarbe, Grundfarbe der Prothese oder ander Änderungen.

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unseren Customer Service

WAS MÖCHTEN SIE ALS NÄCHSTES EMPFANGEN?

Neue, modifizierte Try-In Fertige AvaDent

WEITERE ANWEISUNGEN / HINWEISE

SCHLIESSEN SIE IN IHRER SENDUNG EIN

Desinfizierte Try-In Desinfizierte Bissregistrierung Dieses Formular

UNTERSCHRIFT

Versand Datum:

Ausgefüllt von: