

Absender:
(Bitte Firmenstempel verwenden)

Datum: _____ Kunden Nr.: _____



Für Creapearl Kunststoffzähne Anterior

Farbe Form	A 1	A 2	A 3	A 3,5	A 4	B 1	B 2	B 3	B 4	C 1	C 2	C 3	C 4	D 2	D 3	D 4
V61																
V63																
V65																
V68																
V69																
A71																
A73																
A75																
A78																
A79																
U10																
U30																
U50																
U70																
U90																

Für Creapearl Kunststoffzähne Posterior

Farbe Form	A 1	A 2	A 3	A 3,5	A 4	B 1	B 2	B 3	B 4	C 1	C 2	C 3	C 4	D 2	D 3	D 4
DLO																
DLU																
DMO																
DMU																
DSO																
DSU																
EMO																
EMU																
ESO																
ESU																
FMO																
FMU																
FSO																
FSU																
GMO																
GMU																
GSO																
GSU																

Nur für Garnituren keine Einzelzähne.