



**Dentallabor  
Bredy GmbH**

Katzengraben 19  
12555 Berlin

t 030 / 655 75 20  
f 030 / 655 75 43

fakturierung@bredy-dental.de  
[www.bredy-dental.de](http://www.bredy-dental.de)



Praxisstempel

**Fax 030 / 655 75 43**

**fakturierung@bredy-dental.de**

.....  
Datum

## Anforderung Kostenvoranschlag

### Patienteninformationen

**Name** .....

**gesetzliche Krankenkasse**

**private Krankenkasse**

### Planung

<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>

**Material** .....

**Alternativplanung** .....

**Bemerkungen** .....

**Bitte senden Sie den Kostenvoranschlag**

**schnellstmöglich per Fax  
in die Praxis**

**schnellstmöglich per Bote  
in die Praxis**

**schnellstmöglich per eMail  
in die Praxis**

**Nr:** .....