



**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



Praxisstempel

Fax 030 / 655 75 43

fakturierung@bredy-dental.de

.....
Datum

Anforderung Kostenvoranschlag

Patienteninformationen

Name

gesetzliche Krankenkasse

private Krankenkasse

Planung

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

Material

Alternativplanung

Bemerkungen

Bitte senden Sie den Kostenvoranschlag

**schnellstmöglich per Fax
in die Praxis**
(nur Kostenaufstellung)

Nr:

**schnellstmöglich per Bote
in die Praxis**

**schnellstmöglich per eMail
in die Praxis**

**direkt per Post
an den/die Patienten/-in**
(bitte Anschrift angeben)

**und eine Kopie
in die Praxis**