



Wir bringen Kindern ein sonniges Lächeln!

Praxisstempel:

Auftragsdatum:.....

Termin:.....

Patient/in:.....

Geburtsdatum:.....

Bitte fertigen Sie nach meinen Angaben:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oberkieferplatte | <u>Farben:</u> |
| <input type="checkbox"/> Unterkieferplatte | <input type="checkbox"/> transparent |
| <input type="checkbox"/> Vorschubdoppelplatte | <input type="checkbox"/> rosa |
| <input type="checkbox"/> Bionator | <input type="checkbox"/> rot |
| <input type="checkbox"/> Aktivator | <input type="checkbox"/> blau |
| <input type="checkbox"/> Platzhalter | <input type="checkbox"/> grün |
| - mit Zähnen | <input type="checkbox"/> gelb |
| - ohne Zähne | <input type="checkbox"/> orange |
| | <input type="checkbox"/> bunt |
| | <input type="checkbox"/> mit Glitzer |
| | <u>Motiv:</u> |
| <input type="checkbox"/> Reparatur | |

