Denseo®

Bitte faxen Sie dieses vollständig ausgefüllte Formular an: +49 6021 45106-29

Patient
Frau/Herr
Anschrift Labor
Telefon

Anschrift Zahnarzt
Telefon

Der Mangel wurde festgestellt am: Datum _____

Definitiv eingesetzt wurde die Ursprungsarbeit am: Datum _____

Schaden (Krone, Brücke ..., Region): _____

Schadensursache (ggf. neues Blatt verwenden): _____

_____

Die neue Arbeit wurde angefertigt am: Datum _____

Zahlt die Neuanfertigung eine andere Versicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Erstattungsleistung (falls vorhanden): EURO _____

Datum _____

Bitte fügen Sie dieser Schadensanzeige folgenden Unterlagen bei:

1. Laborrechnung mit HiQ-Siegeln (Original-Siegel müssen aufgebracht sein).
2. Honorarrechnung für die Erstanfertigung.

Bankverbindung Zahnarzt

Bank _____

BLZ _____

Kontonummer _____

Datum / Unterschrift Labor

Datum / Unterschrift Zahnarzt

Alle o. g. Angaben sind wahrheitsgemäß und durch den Unterzeichner bestätigt. Falsche Angaben führen zum Ausschluss.

Art.Nr. 1001 · Rev.Nr. 003 · 0813 · HRCD