

Denseo GmbH
Stengerstrasse 9
63741 Aschaffenburg

Labor Denseo ID:

Fax: 06021 – 45106-29

Bitte die nachstehenden Fragen vom behandelnden Zahnarzt ausfüllen lassen:

Name des **Patienten:**

Name und Anschrift der **Praxis:**

Tel.: _____
Fax: _____

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

Bitte fügen Sie dieser Schadensanzeige folgende Unterlagen bei:

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

Bankverbindung des Arztes für die Erstattung:

Bank: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Datum/Unterschrift/Stempel **Labor**

Datum/Unterschrift/Stempel **Zahnarzt**