

Eingang | \_\_\_\_\_  
 Bearbeiter | \_\_\_\_\_  
 Vorgang | \_\_\_\_\_  
 MRN | \_\_\_\_\_

# FARBABSTIMMUNG SILIKON

## Fingerprothese V1

Auftragsnr. | \_\_\_\_\_  
 Firma | \_\_\_\_\_  
 Strasse | \_\_\_\_\_  
 Techniker | \_\_\_\_\_

Datum | \_\_\_\_\_  
 E-Mail | \_\_\_\_\_  
 PLZ | Ort | \_\_\_\_\_  
 Telefon | \_\_\_\_\_

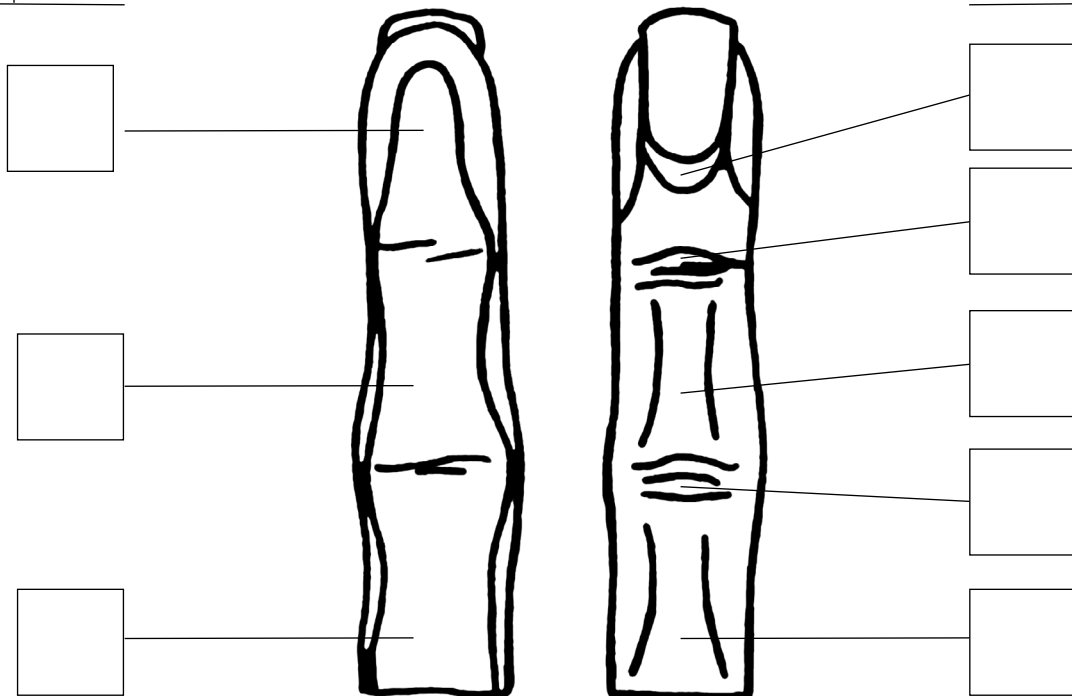
### Patientendaten

Name | \_\_\_\_\_  
 Geburtstag | \_\_\_\_\_  
 Notizen | \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

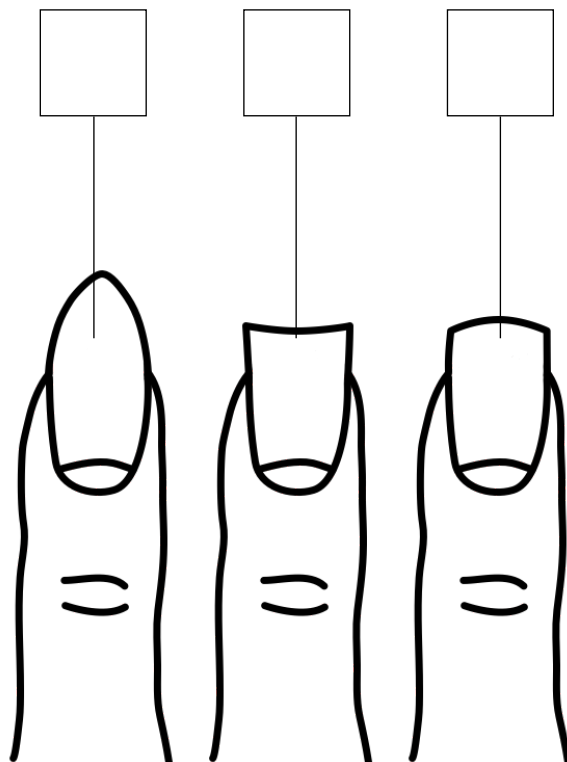
Betroffene Seite	links	rechts
Geschlecht	männlich	weiblich
Ausführung	Classic (max. 3 Farben)	Individuell
Fingernagel	Silikon	Acryl

Grundfarbe innen | \_\_\_\_\_

Grundfarbe aussen | \_\_\_\_\_



Eingang	
Bearbeiter	
Vorgang	
MRN	



*Notizen*

---

---

---