

# Kostenvoranschlag

**Datum:**

**Patient:**

**Praxisstempel:**

TP: Therapieplanung

R: Regelversorgung

B: Befund

TP																	
R																	
B																	
	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
B																	
R																	
TP																	

**OK:**                      **gleichartig**                      **andersartig**

**UK:**                      **gleichartig**                      **andersartig**

**Legierung:**

**100%-Fall:**            **ja    nein**

Nicht zutreffendes bitte streichen!