

**D-Rezept™ / Prescription**

---



---



---

**Diagnose:**  
**Therapie:**

**Professionelle** Intensiv-Zahnreinigung vorerst **alle .....** Monate  
 **Präzise** tägliche Mundhygiene gemäss individuellem **Pflegeplan**  
 **Extra:** Nutzung der **zwei** jährlichen Vorsorgeuntersuchungen

Rezept für: \_\_\_\_\_ Rezept Datum: \_\_\_\_\_  
 Verordnung aus zahnmedizinischer Sicht für  Wochen

Pos.	Anzahl	Details	Anwendung	Preis brutto (€)	Gesamtpreis (€)

- Wichtig:** angekreuzte Produkte bitte unbedingt zum Mundhygiene-Training mitbringen am \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr
- Bestellung in der Praxis (DENTIQUES™) mit 24h-Lieferung
- Möchte selbst im Handel kaufen  Verzichte auf Therapie: .....-Unterschrift Patient-

**Wichtiger Hinweis**

---



---



---

Praxisstempel