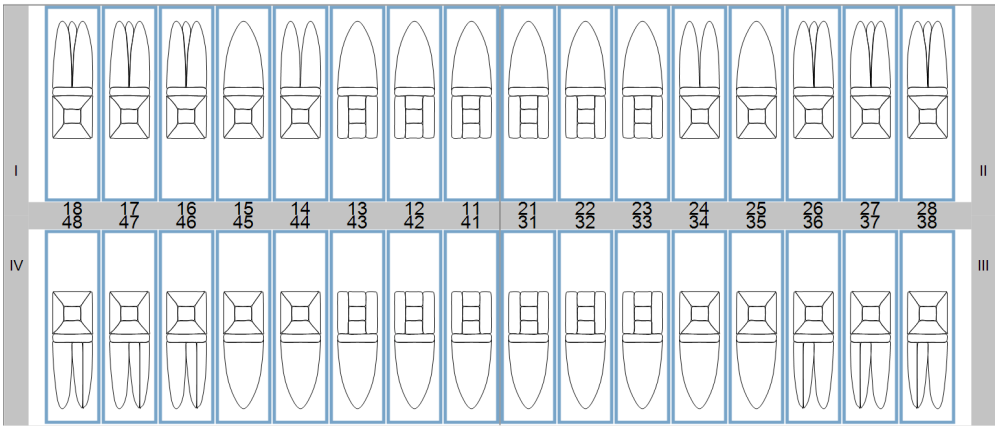
Patient	(Name)	(Vorname)	(geb.)



Behandler:	

Mitarbeiter:	

Datum	Zahn / Region	Fläche	Ziffer / Kürzel	Anzahl	Bemerkung