

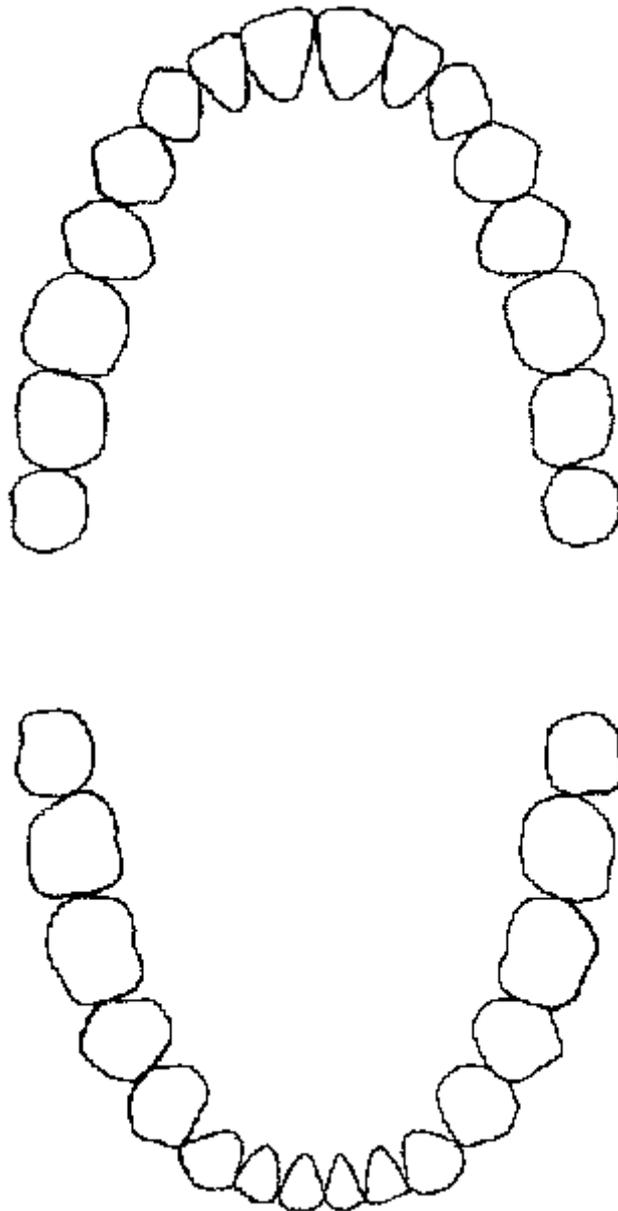
# Zahnschema KV

Praxisstempel:

Datum:

Patient:

Planung:



Bemerkungen: