

Orvos:	Megrendelő:
--------	-------------

Páciens:	Kor:	<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő	Dátum:
----------	------	--	--------

<b>DÁTUMOK</b>	Labor:	<input type="checkbox"/> Csap <input type="checkbox"/> Váz <input type="checkbox"/> Korona <input type="checkbox"/> Híd <input type="checkbox"/> Teleszkóp <input type="checkbox"/> Inlay / Onlay <input type="checkbox"/> Héj <input type="checkbox"/> Protézis <input type="checkbox"/> Ideiglenes <input type="checkbox"/> Fémlemez <input type="checkbox"/> Egyéni kanál <input type="checkbox"/> Harapási sablon	<input type="checkbox"/> Cirkon <input type="checkbox"/> Prés <input type="checkbox"/> Gradia <input type="checkbox"/> CoCr <input type="checkbox"/> Arany <input type="checkbox"/> Nemesfém <input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> Akрил <input type="checkbox"/> Fehérítő sín <input type="checkbox"/> Retenciós sín <input type="checkbox"/> Harapásemelő sín <input type="checkbox"/> 1 mm <input type="checkbox"/> 2 mm <input type="checkbox"/> 3 mm
----------------	--------	--	---

<b>Egyéni kanál / Harapás:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Transzparencia</b>	<b>Festés</b>	<input type="checkbox"/> Nincs <input type="checkbox"/>	
<b>Vázpróba:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Enyhe <input type="checkbox"/>	
<b>Mattpróba:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Közepes <input type="checkbox"/>	
<b>Fogpróba:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Erős <input type="checkbox"/>	
<b>Kész:</b>				

<b>FELSŐ</b>	
18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	<b>B</b>
48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38	
<b>ALSÓ</b>	

Megjegyzés: <input type="checkbox"/> Fotó <input type="checkbox"/> Garanciális <input type="checkbox"/> Visszahívást kérek!	<b>Implant típus:</b> <b>Implant méret:</b> <input type="checkbox"/> Cement rögzítés <input type="checkbox"/> Csavar rögzítés
Tel.:	<input type="checkbox"/> Antagonista változik <input type="checkbox"/> Antagonista NEM változik
	<input type="checkbox"/> Kerámia váll <input type="checkbox"/> Fémszegély / Cirkonszegély <input type="checkbox"/> körkörös <input type="checkbox"/> palat. / lingv.
	<input type="checkbox"/> Rendellenes fogfelállítás <input type="checkbox"/> Diasthema

<b>Lenyomat:</b> <b>Harapás:</b> <b>Model:</b>	<b>Laboranalóg:</b> <b>Ötvözet:</b> <b>Súly:</b>
--	--