

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

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

DÁTUMOK Egyéni kanál / Harapás: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vázpróba: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mattpróba: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fogpróba: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kész:	Labor:	<input type="checkbox"/> Csap	<input type="checkbox"/> Cirkon
		<input type="checkbox"/> Váz	<input type="checkbox"/> Prés
		<input type="checkbox"/> Korona	<input type="checkbox"/> Gradia
		<input type="checkbox"/> Híd	<input type="checkbox"/> CoCr
		<input type="checkbox"/> Tanulmányi minta	<input type="checkbox"/> Arany
		<input type="checkbox"/> Inlay / Onlay	<input type="checkbox"/> Nemesfém

Fogszín: Nyak Test Él		Transzparencia <input type="checkbox"/> Nincs <input type="checkbox"/> Enyhe <input type="checkbox"/> Közepes <input type="checkbox"/> Erős	Festés <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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"/> 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
---	--	--	---	--	--

FELSŐ																Implant típus: Implant méret: <input type="checkbox"/> Cement rögzítés <input type="checkbox"/> Csavar rögzítés		
J	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27		28	B
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		38	
ALSÓ																		

Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> Fotó	<input type="checkbox"/> Garanciális	<input type="checkbox"/> Visszahívást kérek!
-------------	-------------------------------	--------------------------------------	--

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

Lenyomat:
Harapás:
Model:
Laboranalóg:
Ötvözet:
Súly: