

ЗАКАЗ-НАРЯД

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Клиника/лаборатория	
Фамилия пациента	
Имя пациента	
Отчество пациента	
ФИО техника, телефон	

Пожалуйста, укажите контактный телефон для возможности разрешения возникающих вопросов во время выполнения Вашего заказа.

Примечания _____

Пожалуйста, укажите тип лечения в соответствующей ячейке формулы, дополнительно укажите необходимость создания мостовидной конструкции.

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

Укажите цвет по Vita Classic _____

При обозначении ортопедической конструкции, используйте указанные ниже обозначения

Тип ортопедической конструкции	Обозначения	Кол-во единиц
Каркас коронки зуба. "Zirconia Translucent"	Т	
Редуцированная коронка, зуб. "Prettau ®"	ПР	
Анатомическая коронка, зуб. "Prettau ®"	П	
Абатмент гибридный (циркониевый на титановом основании)	АГ	

Дополнительно: _____

Контактный телефон: +7 913 844 80 29 (Михаил)