

AFTRYK SENDES TIL:

 Bjørnholms Allé 20, st. tv.
 8260 Viby J
 Tlf.: 73 404 404

Send fotos til:

Tlf.: 52 104 404

E-mail: info@elysee-dental.dk

www.elysee-dental.dk

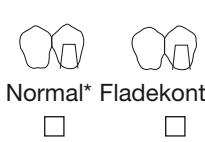
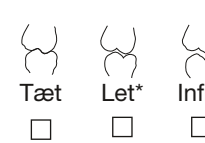
IMPORTERET PROTETIK

IMPLANTATER	ORDRENR.:				
Tandlæge:	Patient ID: (ikke cpr. nr.)				
Send venligst:	<table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 25%;"> Ordresedler: <input type="radio"/> Kroner/broer import <input type="radio"/> Stel/proteser import <input type="radio"/> Skinner import </td> <td style="width: 25%;"> <input type="radio"/> Implantater import <input type="radio"/> Dansk Protetik <input type="radio"/> Forma® Injektions Teknik </td> <td style="width: 25%;"> Poser: <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Små </td> <td style="width: 25%;"> Andet: <input type="radio"/> Transportbokse <input type="radio"/> Adresselabels </td> </tr> </table>	Ordresedler: <input type="radio"/> Kroner/broer import <input type="radio"/> Stel/proteser import <input type="radio"/> Skinner import	<input type="radio"/> Implantater import <input type="radio"/> Dansk Protetik <input type="radio"/> Forma® Injektions Teknik	Poser: <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Små	Andet: <input type="radio"/> Transportbokse <input type="radio"/> Adresselabels
Ordresedler: <input type="radio"/> Kroner/broer import <input type="radio"/> Stel/proteser import <input type="radio"/> Skinner import	<input type="radio"/> Implantater import <input type="radio"/> Dansk Protetik <input type="radio"/> Forma® Injektions Teknik	Poser: <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Små	Andet: <input type="radio"/> Transportbokse <input type="radio"/> Adresselabels		

1 KRONE BRO KIRURGISK GUIDE/BORESKABELON

*Standard

2

METAL / KERAMIK DESIGN	PONTIC	HELKERAMIK	KONTAKTPUNKT	
<input type="checkbox"/> Højædel <input type="checkbox"/> Ædel <input type="checkbox"/> Pd/Ag <input type="checkbox"/> Titanium <input type="checkbox"/> Cr/Co	<input type="checkbox"/> Ingen metalkant <input type="checkbox"/> Oral kant (.....mm)* <input type="checkbox"/> Metalkant (.....mm) <input type="checkbox"/> Palat.- lingual metal <input type="checkbox"/> Oralt + cervicalt metal <input type="checkbox"/> Ling/okkl. metal <hr/> <input type="checkbox"/> Skulderporcelæn	<input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm	Stubfarve Helzirkonia: <input type="checkbox"/> MonoZir <input type="checkbox"/> MonoZir Ultra Zirkonia m. yderporcelæn: <input type="checkbox"/> Forma <input type="checkbox"/> e.max Press/CAD <input type="checkbox"/> m/yderporcelæn	 Normal* Fladekontakt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/> OKKLUSION  Tæt Let* Infra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm

3 FARVE/KARAKTERISTIK:

Incisal/okklusal:

Grundfarve:

Cervikal:

Beskriv translucens:

Fissur-bemaling:

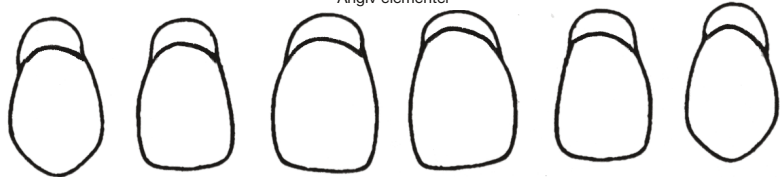
 Opticrown

 Farveprøve Tandlæge Elysee

 Billeder sendt på mail

8	7	6	5	4	3	2	1	+ 1	2	3	4	5	6	7	8
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
8	7	6	5	4	3	2	1	- 1	2	3	4	5	6	7	8

Angiv elementer


4 IMPLANTAT

Mærke:

Type:

Placering:

Diameter:

 Cementeret*

 Skruet

Montering i artikulatør?

 Artex TK Kavo

 Aftryk er desinficeret

Patientaftale:

NB. Se leveringsskema!

Dato:

Tid:

 Ønsker opkald til tandlæge

Vedr.:

5 Bemærkninger:

.....

.....

Forbeholdt Elysee Dental:

	HEL		PARTIEL		IMPLANTATDELE	
	Over	Under	Over	Under	Type	Antal
Tripple-metal						
Tripple-plastik						
Metal-ske						
Plastik-ske						
Indiv. ske						
Model						

Startdato:
Bid: Farve Snorkeskinne

Billeder: Foto pr. e-mail:

Behold sidste side til egen administration

Protetik: Krone/Bro Stel/Protese Bidskinne

Andet: