

SUMMUM

LABORATOIRE DENTAIRE | DENTAL LABORATORY

/ PROTHÈSES AMOVIBLES PARTIELLES

prescription laboratoire

Homme Femme Patient

N° dossier _____

Professionnel _____

N° de centre _____

Plan de traitement _____

IMPORTANT :

Appeler _____

Voir _____

Voir verso

Photos

Nouveau

Retouche

DATE REQUIS

j | j | m | m | a | a

D L M M J V S

ÉTAPES

Articulé FRS Tubérosité métal Montage

Essai Backing Occlusion métal Moule _____

Mise en bouche Soudure Réparation Couleur _____

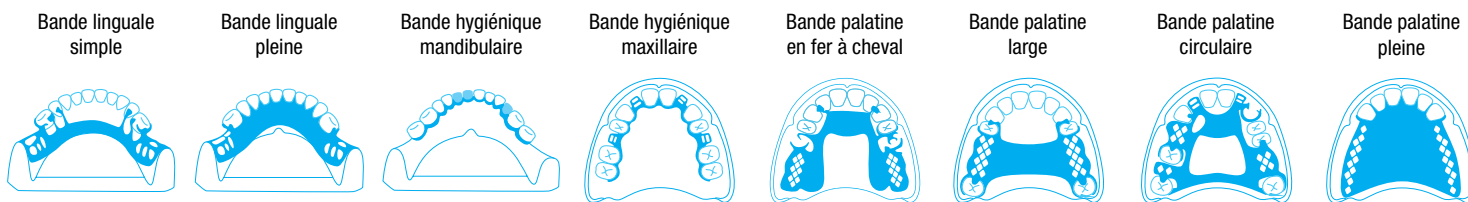
MÉTAL

Haut Bas

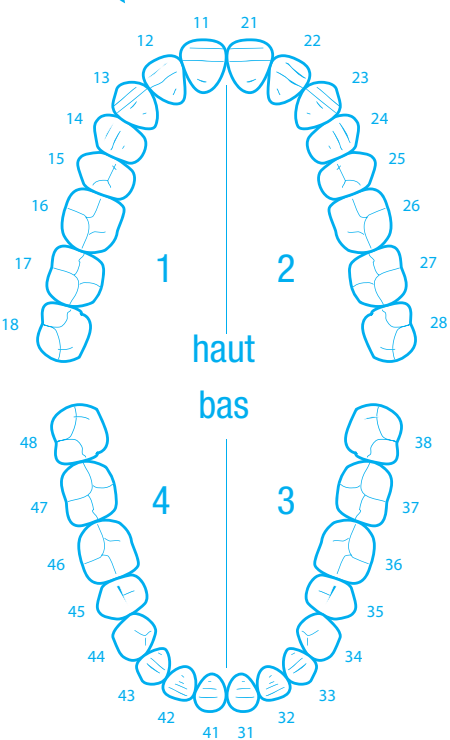
TYPE DE MÉTAL : CHROME COBALT AVEC POSTDAME ACRYLIQUE VOÛTE PLEINE

TITANE

SQUELETTE METALLIQUE



CROCHETS HORIZONTAUX



Notes haut _____

Notes bas _____

CROCHETS VERTICAUX

