

Название клиники / ФИО врача

ARTICON

DENTAL DIGITAL SOLUTIONS

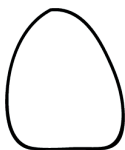
Дата поступления работ

ФИО пациента

Возраст _____ Пол М Ж

Цвет культи _____

Цвет зубов _____



Система имплантов _____ ød. _____

винтовая фиксация

цементная фиксация

Плечо круговое

вестибулярно

полная анатомия

нанесение

гирлянда

одиночки

мост

искусственная десна

Вид работы _____

Форма промежутков (понтиков)



Контактные пункты



точечный

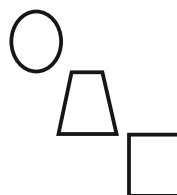


плоскостной

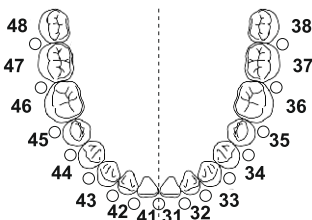
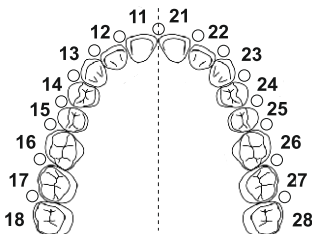
Форма десневого ложа



Форма зубов



Дата примерки (каркас) _____ Дата сдачи работы _____



тел.: 8 964 500-00-20
email: lab@articon.pro
www.articondental.ru