

ЗАКАЗ-НАРЯД НА ИЗГОТОВЛЕНИЕ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО АППАРАТА

ДАТА ЗАКАЗА

СРОК СДАЧИ АППАРАТА

Клиника: _____

ФИО пациента: _____

ФИО Врача: _____

Телефон: _____

Название аппарата: _____

Цвет аппарата: _____

Картинка для аппарата: _____

Блестки: Да Нет

ПРЕДОСТАВЛЕННЫЕ ДАННЫЕ:

Оттиски

Гипсовые модели

3D сканы челюстей

Регистраты прикуса

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ:

Искусственные зубы: _____

Пружины: _____

Накусочная площадка: Да Нет

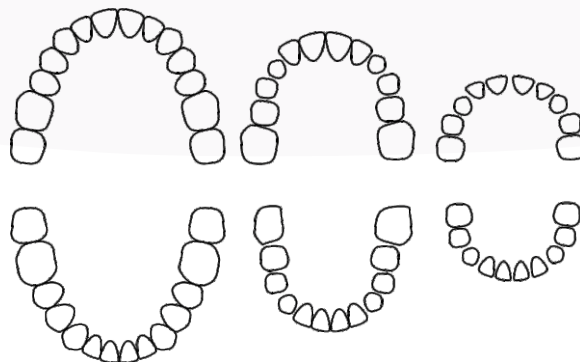
Винты: _____

Окклюзионные накладки: Да Нет

Заслонка для языка: Да Нет

Бусинка: Да Нет

КОММЕНТАРИИ:



Проверку работы выполнил
Руководитель отдела

Исаев Максим

Подпись _____