



# DIGITALDENT

## Tandläkare

.....  
.....  
.....  
.....

## Best.datum

.....

## Färg

.....

## Patient

.....  
.....

## Prov.1

KI

## Personnr

.....  
.....

## Prov.2

KI

<input type="checkbox"/> MK CoCr	<input type="checkbox"/> Zirkonia	<input type="checkbox"/> Full Zirkonia
<input type="checkbox"/> E-Max CAD/CAM	<input type="checkbox"/> Valplast	<input type="checkbox"/> Skelett Co/Cr
<input type="checkbox"/> KBF metall/akryl	<input type="checkbox"/> KBF metall/porslän	

## Prov.3

KI

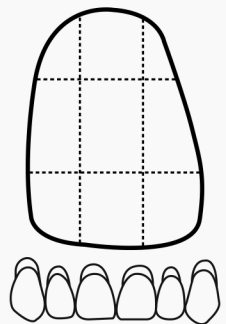
## Fullt färdigt arbete

KI

## Arbetsbeskrivning

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Slutkontroll Lab. sign



## Tand. Sign.

.....

## Ocklusion

Lätt  Normal  Hård  Ingen synlig metall  Lingual metall

## Pontic



Beställningsedel för specialanpassad produkt enligt Läkemedelsverket