

# БЛАНК-ЗАМОВЛЕННЯ №

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

ВИД ПРОМИВНОЇ ЧАСТИНИ      

ВИД РАБОТИ | РЕКОМЕНДАЦІЇ \_\_\_\_\_

---



---



---

## К БЛАНКУ-ЗАМОВЛЕННЯ ДОДАЄТЬСЯ

- |                                       |   |                                    |  |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ложки        | <input type="checkbox"/> Wax-Up                           | <input type="checkbox"/> Трансфери | <input type="checkbox"/> Супорт л.д. + вилка |
| <input type="checkbox"/> Реєстрант ЦО | <input type="checkbox"/> Модель                           | <input type="checkbox"/> Аналоги   | <input type="checkbox"/> Кондилятор          |
| <input type="checkbox"/> Реєстрант ЦС | <input type="checkbox"/> Фото (e.mail,viber, Cliniccards) | <input type="checkbox"/> Абатмент  | <input type="checkbox"/> Centric Tray        |

## ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Тип А: непрозорі зуби            | <input type="checkbox"/> Повторення Wax-Up                    | <input type="checkbox"/> Мамелони         |
| <input type="checkbox"/> Тип В: слабо виражена прозорість | <input type="checkbox"/> Виконання як на діагностичній моделі | <input type="checkbox"/> Вторинний дентин |
| <input type="checkbox"/> Тип С: виражена прозорість       | <input type="checkbox"/> Пофарбовані фісури                   |   |

# Dentalmed



тел. (050) 156-33-99  
e-mail: dentalmed@ukr.net  
www.dentalmed.kiev.ua

Клініка, лікар

Пацієнт, вік пацієнта

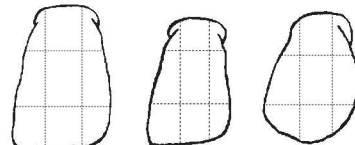
Дата зняття відбитків

Дата здачі

Форма зубів



Колір



# БЛАНК-ЗАМОВЛЕННЯ №

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

ВИД ПРОМИВНОЇ ЧАСТИНИ      

ВИД РАБОТИ | РЕКОМЕНДАЦІЇ \_\_\_\_\_

---



---



---

## К БЛАНКУ-ЗАМОВЛЕННЯ ДОДАЄТЬСЯ

- |                                       |   |                                    |  |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ложки        | <input type="checkbox"/> Wax-Up                           | <input type="checkbox"/> Трансфери | <input type="checkbox"/> Супорт л.д. + вилка |
| <input type="checkbox"/> Реєстрант ЦО | <input type="checkbox"/> Модель                           | <input type="checkbox"/> Аналоги   | <input type="checkbox"/> Кондилятор          |
| <input type="checkbox"/> Реєстрант ЦС | <input type="checkbox"/> Фото (e.mail,viber, Cliniccards) | <input type="checkbox"/> Абатмент  | <input type="checkbox"/> Centric Tray        |

## ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Тип А: непрозорі зуби            | <input type="checkbox"/> Повторення Wax-Up                    | <input type="checkbox"/> Мамелони         |
| <input type="checkbox"/> Тип В: слабо виражена прозорість | <input type="checkbox"/> Виконання як на діагностичній моделі | <input type="checkbox"/> Вторинний дентин |
| <input type="checkbox"/> Тип С: виражена прозорість       | <input type="checkbox"/> Пофарбовані фісури                   |   |

# Dentalmed



тел. (050) 156-33-99  
e-mail: dentalmed@ukr.net  
www.dentalmed.kiev.ua

Клініка, лікар

Пацієнт, вік пацієнта

Дата зняття відбитків

Дата здачі

Форма зубів



Колір

