

### Avvikelser


**OBS! Kontrollera att beställarens namn och adressuppgifter samt patientens namn och personnummer finns med på följesedel. Var god texta eller skriv på maskin!**

Klinik / Tandläkare \_\_\_\_\_

Patient / Namn / Personnummer \_\_\_\_\_


Arbetets art \_\_\_\_\_

Material \_\_\_\_\_

	Mk-Guld <input type="checkbox"/>	Titan <input type="checkbox"/>	CoCr <input type="checkbox"/>
	Låg Ädel <input type="checkbox"/>	Zirkon <input type="checkbox"/>	Annat _____
Färg	Arbetet desinficerat <input type="checkbox"/>	Empress <input type="checkbox"/>	Emax <input type="checkbox"/>

Provn. 1	Provn. 2	Provn. 3	Provn. 4	Färdigt kl
----------	----------	----------	----------	------------

Bifogat foto  foton@boxholmdental.se ID/fil \_\_\_\_\_

### ARBETSBEKRVNING


Boxholm Dental AB försäkrar att produkten uppfyller de tillämpliga kraven i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, samt de väsentliga kraven i bilaga 1 och 8 i Läkemedelsverkets föreskrifter LVFS 2003:11.

Beställarens namnteckning \_\_\_\_\_ Kontrollerat och godkänt \_\_\_\_\_

