

Ordernr _____

Beställningsdatum _____

Förbokad arbete Arbetet desinficerat

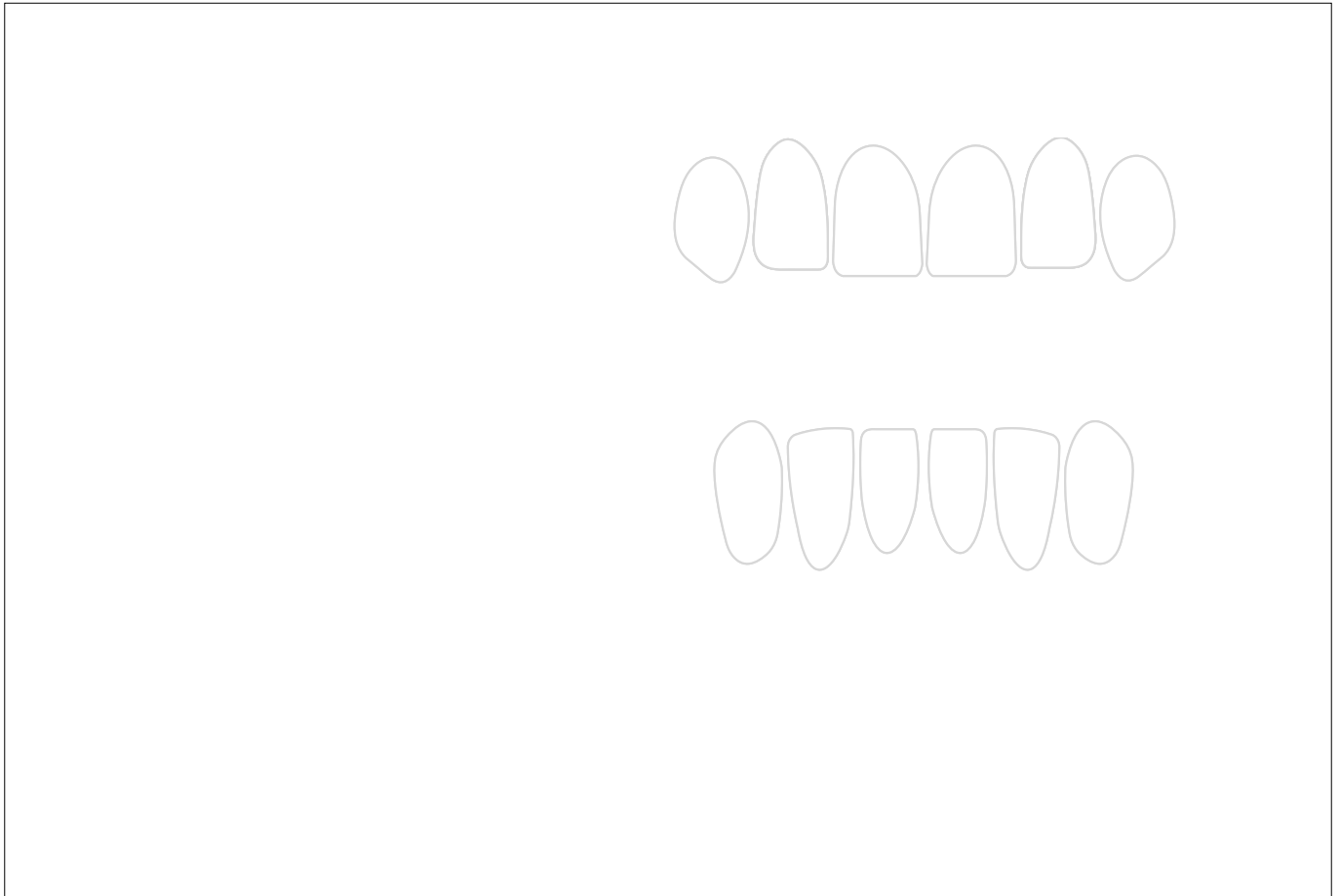
Beställare		Patientnamn	
		Personnummer/ID	
Arbetets art			
Metall(mk) <input type="checkbox"/> Titan <input type="checkbox"/> CoCr <input type="checkbox"/> Guld <input type="checkbox"/> Opakad pelare		Helkeramik <input type="checkbox"/> e.max <input type="checkbox"/> Zircon/porslin <input type="checkbox"/> Zircon/semimonolitisk <input type="checkbox"/> Zircon/monolitisk	
Avtagbar <input type="checkbox"/> Helprotes <input type="checkbox"/> Skeletterad part <input type="checkbox"/> Temp. Part/KG-vinge <input type="checkbox"/> Ind. Sked <input type="checkbox"/> Bitschablon		Ortodonti <input type="checkbox"/> Bettskena <input type="checkbox"/> Apnéskena hård <input type="checkbox"/> Apnéskena mjuk <input type="checkbox"/> Tandreglering <input type="checkbox"/> Mjuka skenor	
		Singelimplantat <input type="checkbox"/> Titan/porslin <input type="checkbox"/> CoCr/porslin <input type="checkbox"/> Zircon/porslin <input type="checkbox"/> Zircon/monolitisk <input type="checkbox"/> e.max cementerad	
		Helkäksimplantat <input type="checkbox"/> Titan/proteständer <input type="checkbox"/> Titan/porslin <input type="checkbox"/> CoCr/proteständer <input type="checkbox"/> CoCr/porslin <input type="checkbox"/> Zircon	
Foto <input type="checkbox"/> foton@boxholmdental.se <input type="checkbox"/> c-takt <input type="checkbox"/> USB/CD			
Färg - färgskala - karaktärisering Ange dentinpelarens färg vid helkeramik		Filnamn	

Arbetsbeskrivning

Provning 1 Datum
Provning 2 Datum
Provning 3 Datum
Fullt färdigt Datum
Kontaktkort

Boxholm Dental Tandteknik AB försäkrar att produkten uppfyller de tillämpliga kraven i lagen (1993:584) om medicinska produkter samt de allmänna kraven i bilaga 1, MDR 2017/745.

Arbetsbeskrivning



**BOXHOLM
DENTAL
TANDTEKNIK**



Växel/reception	0142-29 39 60
Partialavdelning	0142-29 39 61
Protesavdelning	0142-29 39 63
Keramikavdelning	0142-29 39 64
Fast protetik	0142-29 39 67
Ortodonti	0142-29 39 68