

Tandläkare/Dentist _____ Datum/Date _____

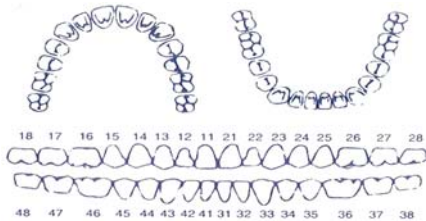
Adress/Address _____ Telephone _____

Patient _____ E mail _____

Person Nr./ Social Security No. _____ Ålder/ Age _____ Kvinna/Female _____ Man/Male _____

Provning 1/Try 1	Provning 2/Try 2	Provning 3/Try 3	Provning 4/Try 4	Utlämnning/Finish
Dag/Day	Dag/Day	Dag/Day	Dag/Day	Dag/Day
Datum/Date	Datum/Date	Datum/Date	Datum/Date	Datum/Date
Kl./Time	Kl./Time	Kl./Time	Kl./Time	Kl./Time

Anvisningar/Special instruction:
(Vänligen välj önskade jobb från baksidan/Please check appropriate Boxes from backside)



Medskickat/ Enclosed

- ÖK / Upper jaw UK / Lower jaw
- Avtryck / IMP
- Tripletray
- Bettregistrering / Bite
- Antagonist avtryck / IMP analog
- Foto / Photo
- Digital photo by mail

Tand nr. / Tooth No.:

Färg uppgift:

Färg Bas material /Base material colour:

Beställarens signature _____

- Avtrycken är desinficerade



Cancer patient



Hel protes



Bett skena



Nesbite