

DENTAL ÆSTETIK v/ JUDITH B. OLSEN



Tandlæge:

Patient:

Fødselsdato (D/M/Å):

Stel til prøve: dag d. kl.

Ønskes indprøvet: dag d. kl.

Ønskes færdig: dag d. kl.

Aftrykket er desinficeret

Sæt venligst kryds

Ædel legering

Spare legering

Metalkant

Porcelæn til kant

Skulderporc.

Bedes udført:

