ZLECENIE PROTETYCZNE

Nr zlecenia: _____
Data wystawienia: _____

Wyrób medyczny wykonywany na zamówienie. Nie wpisuj PESEL ani imienia i nazwiska pacjenta.

1. GABINET I LEKARZ

Nazwa gabinetu: _____ Lekarz: _____

Adres: _____ Nr PWZ: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

2. PACJENT I PRACOWNIA

Kod / inicjały pacjenta: _____ Płeć / wiek (opcjonalnie): _____

Pracownia: _____ Telefon pracowni: _____

3. RODZAJ PRACY I MATERIAŁ

☐ Korona ☐ Most ☐ Licówka ☐ Wkład ☐ Praca na implancie ☐ Proteza akrylowa ☐ Proteza szkieletowa ☐ Szyna

☐ Cyrkon pełny kontur ☐ Cyrkon + ceramika ☐ e.max ☐ Metal + ceramika ☐ CoCr ☐ Akryl ☐ PMMA (tymczasowa)

Inne / szczegóły: _____

4. ZĘBY (FDI) – ZAKREŚL

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

Liczba punktów / przęsło: _____ Filary / przęsła: _____

5. KOLOR

☐ VITA classical ☐ VITA 3D-Master Kolor: _____ Szyjka / brzeg sieczny: _____

☐ Zdjęcia koloru w załączniku ☐ Charakteryzacja (opis w uwagach)

6. WYCISK / SKAN

☐ Wycisk tradycyjny ☐ Skan wewnątrzustny Skaner: _____

Materiał wycisku / system implantów: _____

7. DOŁĄCZONE ELEMENTY

☐ Rejestrat zwarcia ☐ Łącznik ☐ Analog ☐ Śruba ☐ Łyżka ☐ Model przeciwstawny ☐ Zdjęcia

8. TERMINY

Przymiarka 1: _____ Przymiarka 2: _____ Termin oddania: _____

☐ Tryb ekspresowy

9. UWAGI

_____

_____

_____

Data: _____ Pieczątka i podpis lekarza: _____