

(Klinika/Lekarz )

**nr zlecenia**

**Nazwisko pacjenta**

**Wiek**

**Rodzaj pracy:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Porcelana na metalu    | <input type="checkbox"/> Wax-up             |
| <input type="checkbox"/> Porcelana na cyrkonie  | <input type="checkbox"/> Model 3D           |
| <input type="checkbox"/> korona pełnoceramiczna | <input type="checkbox"/> Szyna relaksacyjna |
| <input type="checkbox"/> Licówka                | <input type="checkbox"/> Szyna wybielająca  |

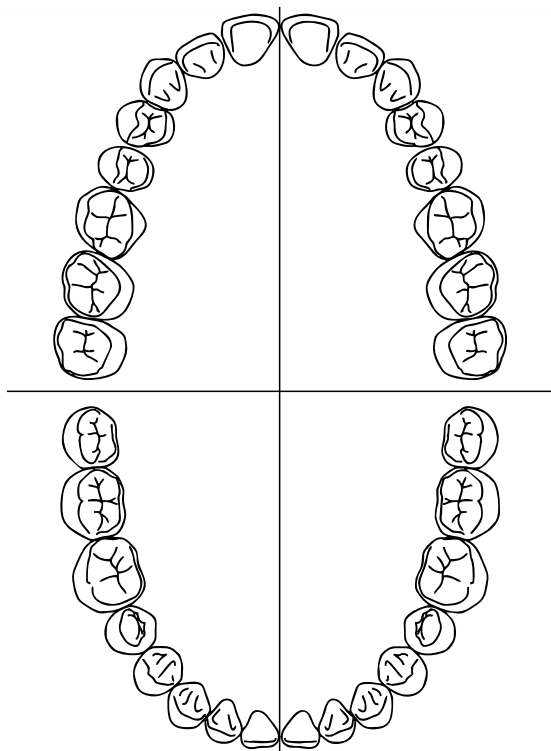
**Material:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Onlay-Inlay         | <input type="checkbox"/> ZrO          |
| <input type="checkbox"/> korona tymczasowa   | <input type="checkbox"/> CoCr CAD-CAM |
| <input type="checkbox"/> Wkład k-k           | <input type="checkbox"/> CoCr SLM     |
| <input type="checkbox"/> Zamek               | <input type="checkbox"/> e.max        |
| <input type="checkbox"/> Proteza akrylowa    | <input type="checkbox"/> Kompozyt     |
| <input type="checkbox"/> Proteza szkieletowa | <input type="checkbox"/> PMMA         |
| <input type="checkbox"/> Proteza acronowa    |                                       |
| <input type="checkbox"/> Proteza hybrydowa   |                                       |

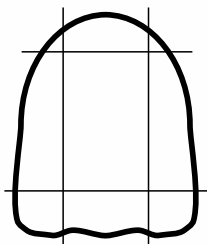
**Rodzaj przęsla (proszę zaznaczyć)**



**Schemat konstrukcji uzupełnienia protetycznego**



**Kolor zęba Vita**



**Kolor oszlifowanego zęba:**

- Naturalny
- Przebarwiony na \_\_\_\_\_
- Wkład metalowy

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

**Termin**

**Data**

**Godzina**

łyżka ind. / Wzornik zwarciowy

Przymiarka 1

Przymiarka 2

Przymiarka 3

Wykończenie

**Dodatkowe uwagi**

Blank area for additional notes with horizontal lines.