

(Klinika/Lekarz / Klink/Arzt)

nr zlecenia

Auftragsnummer

Nazwisko pacjenta / Nachname des Patienten **Wiek / Alter**

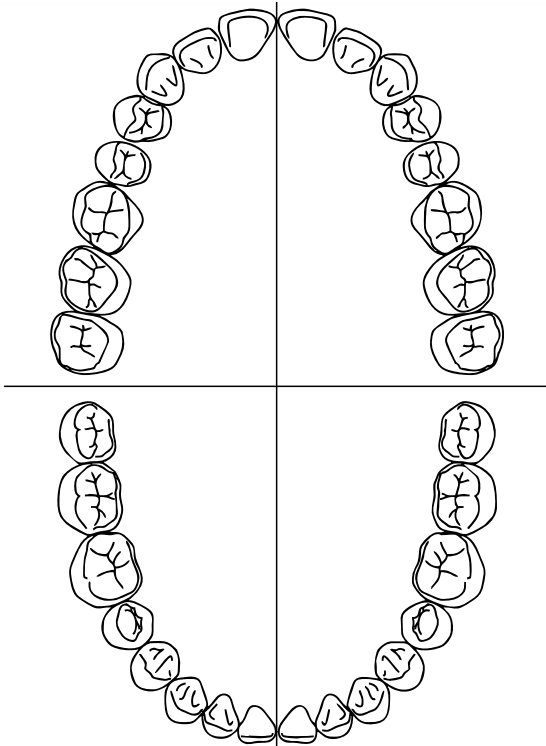
Rodzaj pracy / Art. der Arbeit:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vmk Krone | <input type="checkbox"/> Thermoplast Prothese |
| <input type="checkbox"/> Zirkonoxid Krone | <input type="checkbox"/> Wax-up |
| Verblendet | <input type="checkbox"/> Modell 3D |
| <input type="checkbox"/> Vollkeramik Krone | <input type="checkbox"/> Okklusionschiene |
| <input type="checkbox"/> Veneer | Material / Materialien: |
| <input type="checkbox"/> Inlay/Onlay | <input type="checkbox"/> ZrO |
| <input type="checkbox"/> Provisorische Krone | <input type="checkbox"/> CoCr CAD-CAM |
| <input type="checkbox"/> Stiftaufbau | <input type="checkbox"/> CoCr SLM |
| <input type="checkbox"/> Geschiebe | <input type="checkbox"/> e.max |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff Prothese | <input type="checkbox"/> Komposit |
| <input type="checkbox"/> Modellguss | <input type="checkbox"/> PMMA |

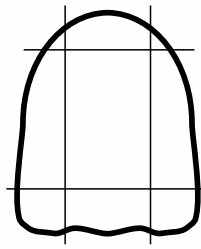
**Rodzaj przęsta (proszę zaznaczyć) /
Art. der künstlichen Zähne (bitte ankreuzen)**



**Schemat konstrukcji uzupełnienia protetycznego /
Konstruktionsmuster des Zahnersatzes**



Kolor / Farbe Vita



**Kolor oszlifowanego zęba /
Abumentzahns Farbe:**

- Natürlic
- Verfärbt auf _____
- Metall Stift

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 / Termine

Data/Datum

Godzina/Stunde

łyżka ind. / Wzornik zwraciovwy
Indiv. Löffel / Bißwall

Przymiarka 1/ Einprobe 1

Przymiarka 2/ Einprobe 2

Przymiarka 3/ Einprobe 3

Wykończenie / Fertigstellung

Dodatkowe uwagi /

Zusätzliche Bemerkungen

Blank area for additional notes and remarks.