

Prescription pour travaux d'acrylique.



999 boul. Pierre-Bertrand, Suite 200, Québec, QC, G1M 2E8. Tél: 1-866-651-6255

Envoie de photo : sophie@esthetik-art.ca

Date: _____

Dr. _____ Tél: _____

Date de retour: _____

Patient: _____ Age: _____ Tél: _____ Tél au travail: _____ Poste: _____

Prothèse sur implant.				
Pièces fournies	Réplique	Pilier	Vis	Autre
Astra				
Bio-Horizon				
Nobel				
Straumann				
Zimmer				
3i				
Autre				

Modèle du haut <input type="checkbox"/>	Empreinte du haut <input type="checkbox"/>	Enregistrement <input type="checkbox"/>
Modèle du bas <input type="checkbox"/>	Empreinte du bas <input type="checkbox"/>	inter-occlusal (Bite) <input type="checkbox"/>

Teinte: _____

Photo incluse :

Via courriel :

Montage

Surplomb horizontal: _____ mm.

Surplomb vertical: _____ mm.

Occlusion

Classe: (1) (2) (3)

Croisée Lingualisée

Matériau Acrylique: Couleur

PalaXpress Ultra _____

Lucitone 199 _____

Acrylique Ortho _____

Finition de l'acrylique

Granitage : Lisse

doux

naturel

Choix des dents Moule

Palais : Lisse Sculpté

Identification dans la prothèse.

Dentsply : Classic _____

Portrait _____

Bioblend _____

Bioform _____

Genios _____

Ivoclar : Antaris _____

Vivodent PE _____

Vivodent _____

Postaris _____

Ortholingual _____

Orthoplane _____

Orthotyp PE _____

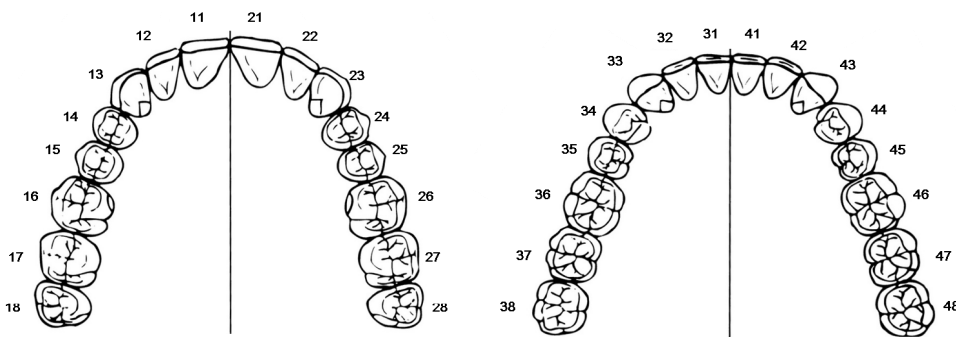
Orthotyp _____

VITA : Vitapan _____

Physiodent _____

Duostat _____

Rx: _____



Signature: _____ # _____