

Название клиники / ФИО врача

ARTICON

DENTAL DIGITAL SOLUTIONS

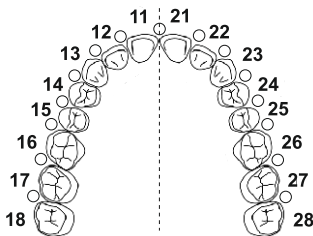
Дата поступления работ

тел.: 8 964 500-00-20

email: lab@articon.ru

www.articondental.ru

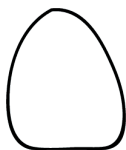
ФИО пациента



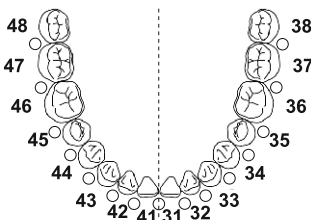
Возраст _____ Пол ☐ М ☐ Ж

Цвет культи _____

Цвет зубов _____



Система имплантов _____ ød. _____



☐ винтовая фиксация

☐ полная анатомия

☐ одиночки

☐ цементная фиксация

☐ нанесение

☐ мост

Плечо ☐ круговое

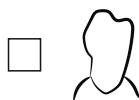
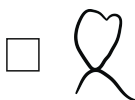
☐ гирлянда

☐ искусственная десна

☐ вестибулярно

Вид работы _____

Форма промежутков (понтиков)



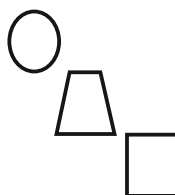
Контактные пункты



Форма десневого ложа



Форма зубов



Дата примерки (каркас) _____ Дата сдачи работы _____