

Название клиники / ФИО врача

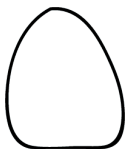
Дата поступления работ

ФИО пациента

Возраст _____ Пол ☐ М ☐ Ж

Цвет культи _____

Цвет зубов _____



Система имплантов _____ ød. _____

☐ винтовая фиксация

☐ цементная фиксация

Плечо ☐ круговое

☐ вестибулярно

☐ полная анатомия

☐ нанесение

☐ гирлянда

☐ одиночки

☐ мост

☐ искусственная десна

Вид работы _____

Форма промежутков (понтиков)

☐

Контактные пункты

☐

точечный

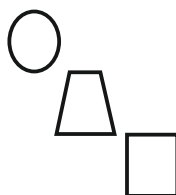
Форма десневого ложа

☐☐☐

плоскостной

☐

Форма зубов



Дата примерки (каркас) _____ Дата сдачи работы _____



ITS GROUP

ЗУБОТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛУГИ

тел: 8 (916) 642 75 73

тел: 8 (499) 23 23 831

e-mail: its.lab2025@gmail.com