

Tandlæge: \_\_\_\_\_

Patientnavn: \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_

Indleveringsdato: \_\_\_\_\_

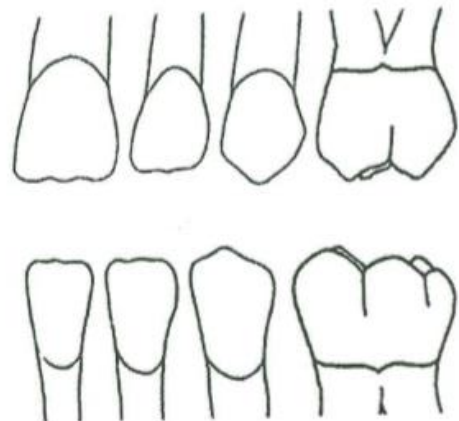
Afleveringsdato: \_\_\_\_\_

Tandnummer: \_\_\_\_\_

Farve + stubfarve: \_\_\_\_\_

Foto af farveprøve sendes til [info@frikkedental.dk](mailto:info@frikkedental.dk)

- Høj translucent zirkon monolith
- Translucent zirkon monolith
- Zirkon med cutback
- Zirkon Marylandbro
- Skrueretineret zirkon monolith på titan-base
- Zirkon monolith på individuelt abutment



Implantatsystem: \_\_\_\_\_

Implantat str: \_\_\_\_\_

Evt. bemærkninger: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_