



**TandTekniska-**  
**Kristianstad**

Tfn 044-21 38 30  
21 91 18

Från tandläkare (namn, adress, tfn)

Färg och form

Patient

Färdigt arbete

Personnr

/ kl.

Arbetets art

Indv sked		Bitning		Tanduppsättning	Provning 1	Provning 2		Provning 3
dat. kl.		dat. kl.		dat. kl.	dat. kl.	dat. kl.		dat. kl.
WIROBOND PORSLIN	GULD PORSLIN	TITAN PORSLIN	EMPRESS 1	ZIRKONIUM	ORTO- DONTI	PROTES		KBF
WIROBOND COMPOSIT	GULD COMPOSIT	TITAN COMPOSIT	EMPRESS 2	E-MAX	APNÉ	BETT- SKENA		ÖVRIGT

Önskemål

TANDTEKNISKA'S EXEMPLAR

Beställande tandläkares underskrift

Ansvarig tandteknikers underskrift och datum

Kompletterande anmärkningar per telefon

*Skiss för färgangivelse se baksidan!*

**TANDTEKNISKA LAB. I KRISTIANSTAD, V. STORGATAN 51 D, BOX 560, 291 25 KRISTIANSTAD**  
**E-MAIL: info.tandtekniskalab@ptj.se**