

Tandläkare/Klinik/Adress/Tel										Beställningsdatum		
										Ordernummer		
										Färg		
Patientnamn										Personnummer		
										<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Markera typ av arbete	MK CoCr	MK Guld	Pelar CoCr	Pelar Guld	Fullkrona	Inlägg	Komb arbete	Maryland bro	Helkeramik			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Full Zirconia	Zirkonia	E-max	
	KBF Gjuten	MK Titan	<input type="checkbox"/>	Titan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	KBF Skruv	Komposit	Protes	Titan	Partiäl protes	Skelett	Bettskena	Lagning	Provningsdatum			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	KBF Fräst	KBF Cem	Akryl	Flexprotes	<input type="checkbox"/>	Temporär	M. klammer	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Implantat System:												
Anvisning												
										Fullt färdig		

Vi försäkrar att produkten uppfyller de tillämpliga kraven i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter samt Läkemedelsverkets föreskrifter (MDR 2017/745).