

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"/>		
Markera typ av arbete	MK CoCr	MK Guld	Petar CoCr	Petar 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	
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	KBF Gjutten	KBF Skruv	Komposit	Protes	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"/>	<input type="text"/>			
	KBF Fräst	KBF Cam	Akryl	Flexprotes		Temporär	M. klammer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/>			
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).