B.B.M. DENTAIRE

4, Rue Franklin 66000 PERPIGNAN

Tél.: 04 68 34 25 82 bbm.dentaire@orange.fr



Cachet du Praticien

Code:

D	ATE :		PATIEN	IT :				
1er Essayage : TEINTE :								
2e Essayage:			10	H 18-17-16-15-14-13-12-11 21-22-23-24-25-26-27-28				
3e Eccayago :				8-47-46-45-44-43-42-41 31-32-33-34-35-36-37-38				
Т	erminé le :		B					
TRAVAIL DEMANDÉ								
	Cire	- □ Haut	■ Bas	☐ Ré	 parations			
	PEI () 🗖 Haut	■ Bas	□ PM	1MA			
	Ap. Résine Complet	□ Haut	■ Bas	□ ZIF	RCONE			
	Ap. Résine Partiel hau	ıt	dents	☐ Pro	otège dents			
	Ap. Résine Partiel bas	S	dents	☐ Go	uttières			
	Plaque métal haut		dents	☐ Fic	hier S.T.L			
	Plaque métal bas		dents	□ Em	preinte Num	érique		
Observations:								
Suivi qualité réservé au laboratoire								
	COMMANDE EMPREINTE	COULAGE	CONTROLE ESSAI 1	CONTROL ESSAI 2	E CONTROLI PROTHESI		EMBALLAGE	