

**PATIENTINFORMATION**

Navn: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_

Ønskes retur, dato: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Kl.: \_\_\_\_\_

**TANDLÆGE**

Indfarvning ønskes: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Kl.: \_\_\_\_\_

**ARBEJDETS ART**

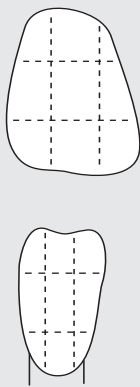
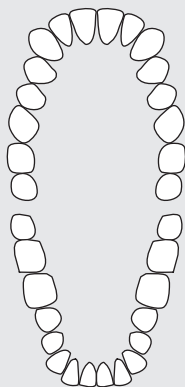
---

---

---

---

Farve: \_\_\_\_\_

**INDTEGNING****FARVE****KRONE TYPER****IMPLANTATSYSTEM**

- Fuld anatomisk Zirkon
- Porcelæn/Zirkon
- E-MAX
- Finerkrone
- Opbygning
- PMMA (Provisorisk)
- Metal keramisk (MK)

- Straumann
- Astra
- Ankylos
- Nobel
- CONELOG
- Neoss
- Andet

**Beskriv:**