

PROTHÈSE FIXE

Praticien : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date requise : _____ Essai : _____ MEBF _____

Patient : _____

Âge : _____ Femme Homme

MATÉRIAUX :

Métal précieux :
Or jaune :
Titane :
Cobalt chrome :
Zircone :
e.max :
PMMA :
PEKKTON :

DESIGN :

Stratification complète :
Cut-back / ouverture incisive :
Stratification buccale :
Monolithique :
Cirage :
Cirage avec photo visage :

IMPLANT :

Système d'implant : _____
Plateforme : _____
Vissée :
Cimentée :
Pilier personnalisé :
Pilier préfabriqué :
Composante originale :
Composante compatible :
Pièces envoyées : _____

COULEUR :

Couleur désirée :
1/3 _____
1/2 _____
1/1 _____
Couleur pile : _____
e.LAB :
Photo régulière :

DÉGAGEMENT :

Ajuster antagoniste : # _____
Cupule de taille :

CONTACTS :

Interproximal :
Léger : Moyen : Fort :
Occlusal :
Sans (0.3mm) : Léger :
En contact :

Mode de communication désiré : Appel Texte Messenger

Courriel : _____

Rx : Instructions :



Date : _____

Nom du praticien : _____

Numéro de permis : _____

Signature du praticien : _____