

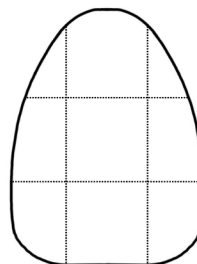
GABINET / LEKARZ _____

DATA _____

PACJENT _____

WIEK _____

KOLOR ZĘBA VITA



KOLOR OSZLIFOWANEGO ZĘBA

- ☐ Naturalny
- ☐ Kolor _____
- ☐ Wkład metalowy
- ☐ Wkład + opaker (zalecane)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

RODZAJ PRACY

- ☐ Porcelana na metalu
- ☐ Porcelana na cyrkonie
- ☐ Korona e.max
- ☐ Korona full contour
- ☐ Licówka e.max
- ☐ Licówka skaleniowa
- ☐ ...
- ☐ Inlay /Onlay
- ☐ Korona tymczasowa
- ☐ Wkład k-k
- ☐ Wax-Up
- ☐ Model 3D
- ☐ Szyna relaksacyjna
- ☐ Szyna wybielająca

MATERIAŁ

- ☐ ZrO
- ☐ CoCr CAD-CAM
- ☐ e.max
- ☐ Kompozyt
- ☐ PMMA

TERMIN

DATA

GODZINA

łyżka ind. / Wzornik
zwarcioowy

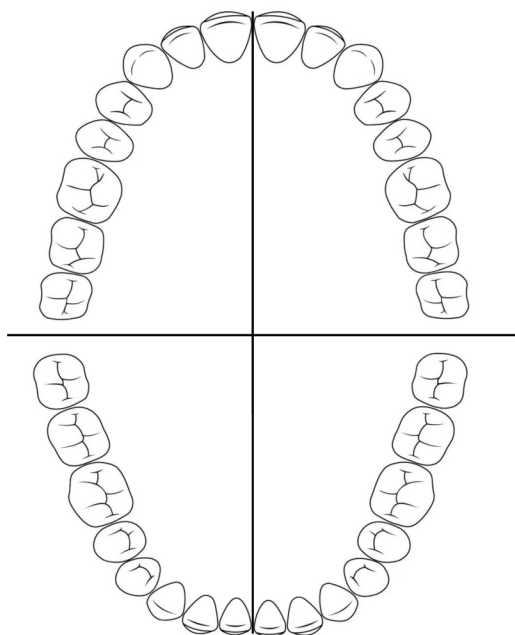
Przymiarka 1

Przymiarka 2

Przymiarka 3

Wykończenie

Schemat konstrukcji protetycznej



Dodatkowe uwagi