

**Töö tähtaeg**.....

**Jäljendite võtmise aeg**.....

**Arst:**

**Patsient:**

Kliinik/ettevõtte.....

Nimi.....

Arsti nimi.....

Vanus.....

Kontakt.....

Naine

Mees

**Töö:**

**Restauratsioon**

Kroon  Täisanatoomiline

Sild  Cut-back

Kruvitav  Tsementeeritav

Individuaalne abutment

Panus/laminaat

Tihvt

**Kape**

DentaLine

DentaBrux

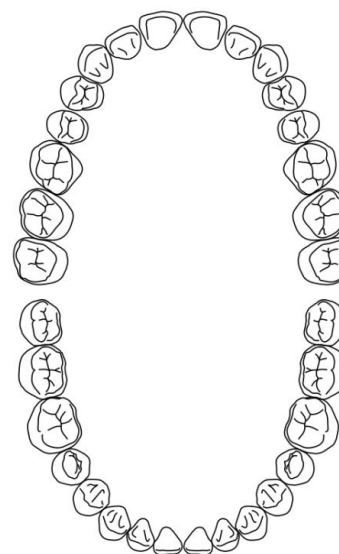
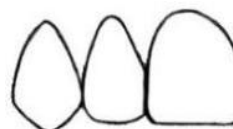
DentaSleep

DentaClear

Essix

Kirurgiline impl. kape

**Värv**



**Materjal:**

PMMA

Opaakne tsirkoonium

Transparentne tsirkoonium

MultiLayer tsirkoonium

IPS E.max

**Tööga kaasas**.....

**Lisainformatsioon**.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DENTALAB OÜ**

Pärnu mnt 130-48

11317, Tallinn

Eesti

info@dentalab.ee

http://dentalab.ee

Tel. +372 5629 9020