

Työtilaus

KLINIKAN TIEDOT

Päivämäärä

Hammaslääkärin nimi

Osoite

- Katuosoite
- Postinumero
- Kaupunki

POTILAAN TIEDOT

Potilaan ID

VAADITUT LIITTEET

1. Potilaasta otetut KKTT-kuvat DICOM-tiedostomuodossa
2. STL-malli potilaan tämänhetkisestä suun tilanteesta
3. Wax-up STL-malli potilaalle suunnitellusta proteettisesta ratkaisusta.
4. Tämä lomake täytettynä ja allekirjoitettuna klinikon toimesta

YHTEYSTIEDOT:

Implantona Oy · Asentajankatu 6, 00880 Helsinki
Tel. (09) 530 6730 · Fax (09) 530 67310 · www.implantona.fi

IMPLANTIN SIJAINTI

1 2 3 4 5 6

Hampaan numero (FDI)

Implantin tyyppi

Halkaisija/pituus

Platform

LISÄTIEDOT

Flap

Flapless

SUUNNITELTU PROTEETTINEN RAKENNE

ALLEKIRJOITUS