

Potilastiedot

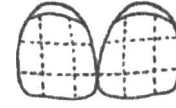
Nimi _____

Ikä _____

Tyyppi:



Väri: _____



Pilarin väri:
(E-max -töissä)

Skaala: VITA

Muu, mikä?

Työ

Vastaanotto

Työhön liittyvissä kysymyksissä ota yhteyttä:

Soitto p.

Viesti / Whatsapp p.

Sähköposti

Aikataulu

Pvm Klo Työvaihe

/

/

/

/

/

Lasku: Hammaslääkärille / vastaanotolle

Potilaalle, ilmoita alla potilaan osoite ja henkilötunnus

Lähetämme:

Jäljennös

Malli(t)

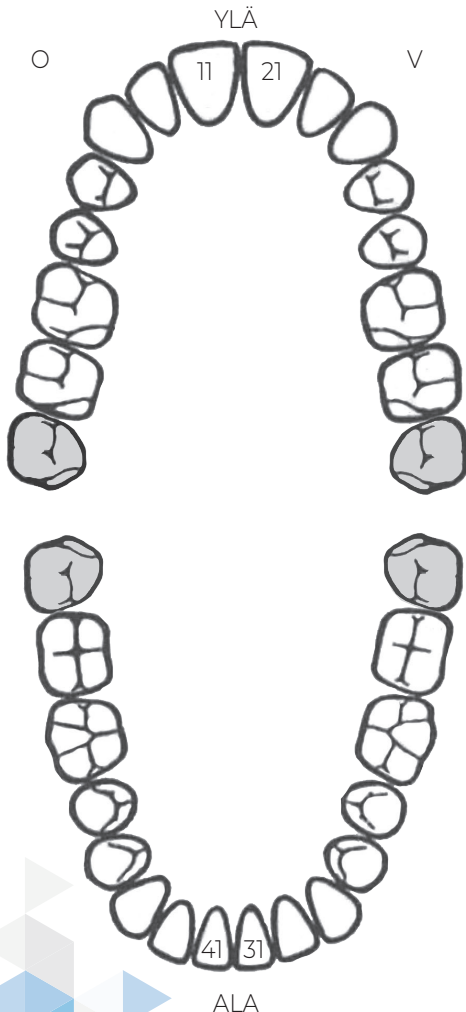
Purentaindeksi

Implanttiosat(t)

Kuva, työn mukana

sähköpostissa

viestillä/whatsappilla



KIINTEÄ PROTETIIKKA

Metallokeramia

- CoCr
 Jalometalli
 Palladium

Kokokeramia

- Zirkonia
(runko + päällepoltto)
 Monoliittinen zirkonia
 IPS E.max

Kokometalli

- Kulta
 CoCr

Ei metallireunaa

*Linguaalinen metallireuna mm

All-around metallireuna mm

3/4 metallipurupinta

Metallipurupinta

*vakio

Mikäli purennassa ei ole tarpeeksi tilaa:

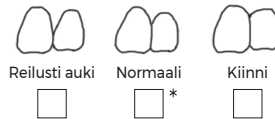
Ota yhteyttä

Hio vastapurijasta

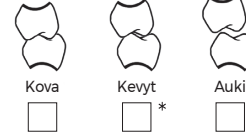
Metallipurupinta

Hio pilarista

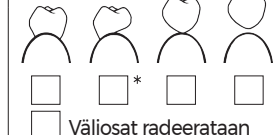
INTERDENTAALIVÄLIT *vakio



PURENTAKONTAKTI *vakio



VÄLIOSA *vakio



IMPLANTIT

Rakenne

Ruuvattava Sementoitava

Tarvittavat implanttiosat tilaa:

Hammaslääkäri

InteraDent

Tuotemerkki

Tyyppi

Halkaisija

PURENTAKISKOT

Kova kisko Kova kisko pehmeällä sisäpinnalla

Muu:

Purenta: Indeksien mukaan

Korotus artikulaattorissa