

Dentiste

Courriel

Téléphone

Patient

Âge

Sexe F M

Date envoyée

Date requise

Choix de couronnes

- Emax Zircone
 ZR Monolithique PFM

Épaulement

- Métal Porcelaine
 Joint

Occlusion

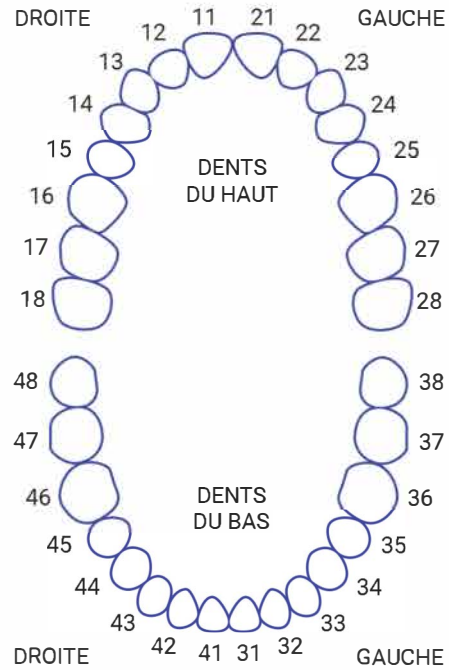
- Métal Porcelaine

Couleur

Pontique



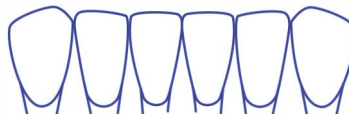
Notes additionnelles (Spécifications de couleur, sélection des dents...)



DENTS DU HAUT



DENTS DU BAS



- Réservé au lab -

Empreinte

Modèle haut

Modèle bas

Morsure

Pièce

Pièces fournies au lab

Cirage

Métal

Porcelaine

Date

IMPRIMER

ENVOYER LE RX PAR COURRIEL