



KRONOLOGERNA

Dentallaboratorium

031-65 33 10

TANDLÄKARE: _____

ADRESS: _____ TEL: _____

PATIENT: _____

PERSONNUMMER: _____

PROVNING 1	PROVNING 2	PROVNING 3	FÄRDIGT
KL: _____	KL: _____	KL: _____	KL: _____
Avtrycket är desinficerat ☐	FÄRG: _____	Skicka gärna kompletterande bilder till foto@kronologerna.se	

BESKRIVNING _____

Datum: _____

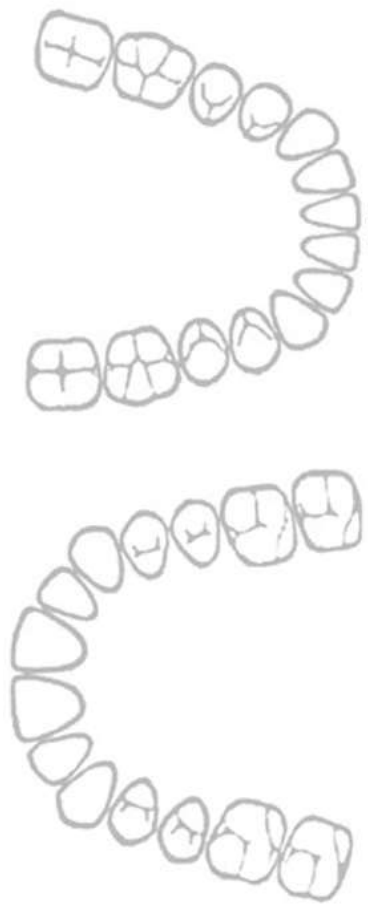
Sign. beställare: _____

Härmed intygas att denna specialanpassade produkt är
framtagen för denna patient enligt de allmänna kraven i
bilaga 1, MDR 2017/745.

Slutkontroll: _____

FORTS BESKRIVNING _____

Rita eventuella önskemål om utformning, speciella instruktioner om infärgning etc.



Vi skapar leenden – på riktigt.