

Date : _____

Docteur : _____

Patient : _____

Date voulue : _____

Date du R-V : _____ Heure du R-V : _____

Couleur finale : _____

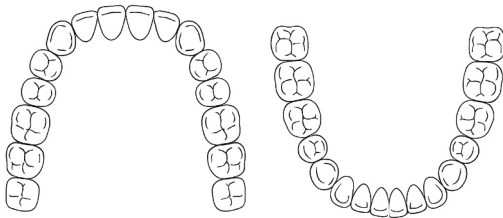
Couleur de préparation : _____

Photos fournies par courriel : Oui Non

Matériau désiré :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zircone buccal stratifié | <input type="checkbox"/> PMMA acrylique d'essai |
| <input type="checkbox"/> Full zircone | <input type="checkbox"/> PMMA acrylique temporaire |
| <input type="checkbox"/> Facettes réfractaires | <input type="checkbox"/> Céramo-métal |
| <input type="checkbox"/> Facettes zircone buc. strat. | <input type="checkbox"/> Tout métal (or) |
| <input type="checkbox"/> Cirage diagnostique | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Dents à restaurer :



Réception (section réservée au laboratoire)

Date :

Réceptionné :

Instructions pour restaurations :

Signature personnelle du dentiste :

Numéro de permis :