

# SUMMUM

LABORATOIRE DENTAIRE | DENTAL LABORATORY

## / PROTHÈSES AMOVIBLES PARTIELLES

prescription laboratoire

Homme  Femme Patient

N° dossier \_\_\_\_\_

Professionnel \_\_\_\_\_

N° de centre \_\_\_\_\_

Plan de traitement \_\_\_\_\_

**IMPORTANT :**

Appeler \_\_\_\_\_

Voir \_\_\_\_\_

Voir verso

Photos

Nouveau

Retouche

**DATE REQUIS**

j | j | m | m | a | a

**D L M M J V S**

### ÉTAPES

Articulé  FRS  Tubérosité métal  Montage

Essai  Backing  Occlusion métal  Moule \_\_\_\_\_

Mise en bouche  Soudure  Réparation  Couleur \_\_\_\_\_

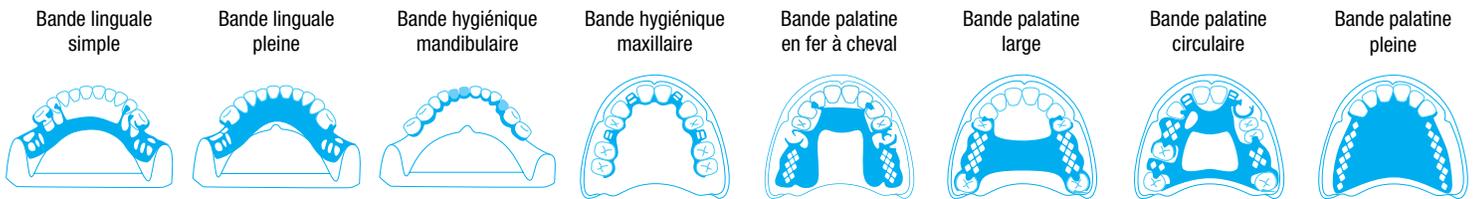
### MÉTAL

Haut  Bas

TYPE DE MÉTAL :  CHROME COBALT  AVEC POSTDAME ACRYLIQUE  VOÛTE PLEINE

TITANE

### SQUELETTE METALLIQUE



### CROCHETS HORIZONTAUX



Notes haut \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notes bas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CROCHETS VERTICAUX

