PEDIDO DE IMPLANTES

Centros Dentales **Höllenback**

13/09

Clínica	RN
Paciente	Manuel Porto Arlon
Historia	4398
Fecha Solicitud	23/08
Fecha Cirugía	13/09
Doctor/-a	

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/-A

IMPLANTES SOLICITADOS

CONEXIÓN EXTERNA				CONEXIÓN INTERNA			
CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
				Premium 5x7 (2)			
				Premium 5x8,5 (2)			
TOTALES				TOTALES			

Relleno óseo	Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo	Rascador óseo

FIRMA DOCTOR

13/09

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA