PEDIDO DE IMPLANTES

Centros Dentales Höllenback

10/10

Clínica: FLORIDA
Paciente: Mª ROSA GOMEZ RAMIREZ
Historia:
Fecha Solicitud: 6/11/19
Fecha Cirugía:
Doctor/-a: DAVILA

CH

2h. 30'

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/-A

IMPLANTES SOLICITADOS

CONEXIÓN EXTERNA				CONEXIÓN INTERNA			
CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
				SH-ZT-425-100 (×3)			
TOTALES				TOTALES			

Relleno óseo	Miniclavos
1,5	

chinchetas.

Membrana Tej. Conectivo	Rascador óseo
1	

FIRMA DOCTOR

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA