

PEDIDO DE IMPLANTES

Centros Dentales Höllenback

1:40h/

Clinica FORIAN
 Paciente ANTONIO FERREIRA PEREA
 Historia FR. 10450
 Fecha Solicitud FR. 10450
 Fecha Cirugía FR. 10450
 Doctor/-a DAVILA

OK

10/10

I M P L A N T E S S O L I C I T A D O S	CONEXIÓN EXTERNA				CONEXIÓN INTERNA			
	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
					8H-2T-425-115			
					8H-2T-425-100			
	TOTALES				TOTALES			

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/-A

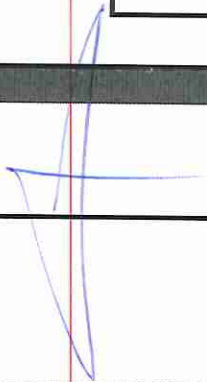
Relleno óseo
1(0,5)

Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR



A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA