

# PEDIDO DE IMPLANTES

Centros **Höllenbach** Dentales

Clinica   
 Paciente   
 Historia   
 Fecha Solicitud   
 Fecha Cirugía   
 Doctor/a

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/A

	CONEXIÓN EXTERNA			CONEXIÓN INTERNA				
	COD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN	COD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
I M P L A N T E S  S O L I C I T A D O S					Premium 3,8 x 8,5 (3)			
					Pilar 3,3 x 1,5 recto (2)			
					Tapas PARR - CGP (2)			
	<b>TOTALES</b>				<b>TOTALES</b>			

Relleno óseo  Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo  Rascador óseo

FIRMA DOCTOR

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA