

FR 18451



EXÖ-HÖLLENBACK  
PASSION FOR THE PERFECTION

# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Angel Veiga Prado Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud: 14-02-25

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza              | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía     | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía      | <input type="checkbox"/> Análisis salival             |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____     |

| Piezas |  |  |  |                  |  | Código de tratamiento | Observaciones |
|--------|--|--|--|------------------|--|-----------------------|---------------|
|        |  |  |  |                  |  |                       |               |
|        |  |  |  | 15               |  | Exo 2 RL              |               |
|        |  |  |  | 16               |  | exo 2 for apical      |               |
|        |  |  |  | 15/16            |  | Cor-imp               |               |
|        |  |  |  | 14               |  | dedo                  |               |
|        |  |  |  | <del>15/16</del> |  |                       |               |
|        |  |  |  |                  |  |                       |               |
|        |  |  |  |                  |  |                       |               |
|        |  |  |  |                  |  |                       |               |
|        |  |  |  |                  |  |                       |               |

Prótesis

| Maxilar Superior |  |
|------------------|--|
| Opción 1         |  |
| Opción 2         |  |
| Opción 3         |  |

| Maxilar Inferior |  |
|------------------|--|
| Opción 1         |  |
| Opción 2         |  |
| Opción 3         |  |

Firma del Dr./a:

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.