

PEDIDO DE IMPLANTES



Centros Dentales Höllenback

Clínica: FR-Fragoso
 Paciente: Carlos Miguel Ruez. Perez
 Historia:
 Fecha Solicitud:
 Fecha Cirugía:
 Doctor/-a: Dauha

11/11

FR18864

2h.

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
					SH-ZT-380-100			
					SH-ZT-425-100 / 880 (ambos medidos)			
	TOTALES				TOTALES			

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/A

Relleno óseo
1 (1)

Miniclavos
2

Membrana Tej. Conectivo
1

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA