

PEDIDO DE IMPLANTES

Clinica
 Paciente
 Historia
 Fecha Solicitud
 Fecha Cirugía
 Doctor/a

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/A

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
					4	transfer	3,8	interna
	TOTALES				TOTALES			

Relleno óseo

Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>