AÓJO CARGA

PEDIDO DE IMPLANTES

Centros Dentales Höllenback

16/10

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/-A

Clínica FR-Fragoso
Paciente JOSE M RIOJ UNIARENA
Historia
Fecha Solicitud
Fecha Cirugía ARENAZ
Doctor/-a

IMPLANTES SOLICITADOS

CONEXIÓN EXTERNA				CONEXIÓN INTERNA			
CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
				MAX SHELTA			
				3,8 x 13 x 2			
				4,25 x 10 x 4			
				4,25 x 11,5 x 2			
				MANDIBULA PREMIUM.			
				3,3 x 13 x 4			
				4,25 x 10 x 2.			
TOTALES				TOTALES			

Relleno óseo	Miniclavos
4 osseos	
Membrana Tej. Conectivo	**Rascador óseo**
3	

FIRMA DOCTOR

Jorge Arenaz Búa
Cirujano Oral y Maxilofacial
Nº Colegiado 1510439

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA