RN

EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Aurora Pociña Nieves Dr./a: Irene Sánchez

Fecha de solicitud: 07/02/2025

- ☐ Limpieza
- ☐ Ortopantomografía
- ☐ Telerradiografía
- ☐ Estudio cefalométrico
- ☐ Estudio implantológico
- ☐ Estudio de Biocompatibilidad
- ☐ Análisis salival
- ☐ Ausencia de piezas ___ ___ ___ ___ ___ ___

Piezas						Código de tratamiento	Observaciones
					45	ENDO UNI + ODT	
						O	
					46	ENDO UNI + ODT + PROVI + ZIRCONIA	

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.