FR19660

EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Mª Pilar Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud: 14/3/25

- [ ] Limpieza
- [x] Ortopantomografía
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas ___ ___ ___ ___ ___ ___

Piezas						Código de tratamiento	Observaciones
				42	32	exo	
36	35	34	33	32	31	puente dentosoportado+prótesis	
		43	42	41	37		

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.