CENTROS DENTALES HÖLLENBACK

Solicitud de Presupuesto

Paciente: VALENTIN FERNANDEZ. PEREZ

Dr./a: Jorge Arenaz Búa
Cirujano Oral y Maxilofacial
Nº Colegiado 1510439

Fecha de solicitud 13/01/2025 FR 15732

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

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
		48				EXO INCLUIDO	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.