

93 08872

# PEDIDO DE IMPLANTES

# Centros Höllenback Dentales

Clinica

Paciente

Historia

Fecha Solicitud

Fecha Cirugía

Doctor/-a

→ 6cos + IOIs + impres + Sede y (120)

→ Colocado PC esa tarde (30')

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
					3'8 x 10			4
					3'8 x 11'5			4
					+ 4 pilares rectos			
					+ 4 copias metálicas			
					+ cubete			
	TOTALES				TOTALES			8

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"/>