sveadentallab

PRAKTIKERTJÄNST TANDVÅRD

Nr .....

Beställare	Provning
	1. ..... kl. .....
	2. ..... kl. .....
Telefon	3. ..... kl. .....
Patientens namn	4. ..... kl. .....
Personnummer | | | | | | - | | | |	5. ..... kl. .....

Medsänt material	Övrigt	Färdigt arbete
Modell ☐ st Avtryck ☐ st Index ☐ st	.....	datum: tid:
	.....	
Arbetet är desinficerat sign. ☐	.....	Färguppgift

Anvisningar. *Skissa gärna på baksidan.*

☐ se baksida

Datum	
..... / 20	..... Beställarens underskrift

Mottagning	Ansvarig tekniker	Slutkontroll
		*

Postadress: Box 12215 402 42 Göteborg
Besöksadress: Långedragsvägen 48 Västra Frölunda
Telefon: 031-769 10 80
E-mail: info@sveadentallab.se
Hemsida: www.sveadentallab.se

*Härmed intygas att denna specialanpassade produkt är framtagen för denna patient enligt de väsentliga kraven i LVFS 2003:11, bilaga 8, punkt 1.