

easy.Lab

75 Route de Parisis Fontaine
60430 NOAILLES

0811.280.800

DOCTEUR

(cachet obligatoire)

PATIENT

(téléchargement)

Nom :

Age :

Prénom :

Teinte

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zircon | <input type="checkbox"/> P.A.P 1 à 6 dents |
| <input type="checkbox"/> C.C.M | <input type="checkbox"/> P.A.P 7 à 13 dents |
| <input type="checkbox"/> Inlay-core | <input type="checkbox"/> P.A.T 14 dents |
| <input type="checkbox"/> E-max CCM sur | <input type="checkbox"/> Stellite 1 à 6 dents |
| <input type="checkbox"/> implant | <input type="checkbox"/> Stellite 7 à 13 dents |
| <input type="checkbox"/> C.C Inlay | <input type="checkbox"/> PEI |
| <input type="checkbox"/> composite | <input type="checkbox"/> Cire |

Autre :

Schéma dentaire

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

OBSERVATIONS

1er essayage:

2ème essayage :

Finition :