

1 Dr: _____ (nom) Numéro tél.: _____
 Adresse: _____

2 Patient: _____ H / F Age: _____

3 **Date de Livraison** Prévoir un délai de **10 jours** ouvrés
 (j/m/a) ____ / ____ / ____ = 1 jour ouvré avant le rendez-vous

Couronne & bridge
Gamme Haute Qualité
réservé au labo, heure rendez-vous
 - @
 - @

4 **Limite cervicale (céramo-métallique)**

- pas de métal apparent
- limite cervical métal linguale / palatale
- limite cervicale périphérique _____ mm
- face linguale / palatale métal
- face linguale / palatale + cuspidé métal
- C.I.V.

5 **Restauration** * Indiquez si le moignon est décoloré

Céramo-céramique*

- E.max
 - céramo - céramique pressée
 - Cad-Cam
- Zircono
 - tout zircono (postérieure)
 - avec montage céramique

Couronne céramo - métallique

- non précieux (Cr-Co)
- semi précieux (Pd)
- précieux, Or (Au)

Couronne tout métal

- Co-Cr Pd Au

Composite

Wax up

Inlay - core

- Co-Cr Pd Au
- Intégrale Séparé

** **Envoyer une photo?** Faites apparaître la teinte choisie sur la photo et envoyer le document à info@mmdental.fr

** **Ouvrir un compte?**
 Inscrivez vous sur: www.mmdental.fr
 Obtenez vos suivis de commandes et bien plus encore!

** **NOTE: téléchargez nos bons de commande sur** www.mmdental.fr

6 **Teinte** - Utilisez le teintier Vita (S.V.P, entourez)

□ Bridge
 □ Couronne
 □ Inlay
 □ Onlay
 □ Facette
 □ Ailette sur: _____

											H																		
											18 17 16 15 14 13 12 11																		
											D																		
											48 47 46 45 44 43 42 41																		
											B																		
											31 32 33 34 35 36 37 38																		
											G																		

7 **Instructions**

- Joint **céramique dent** sur: _____
- Couronne **télescopique** sur: _____
- Attachement** sur: _____
- Wax up** sur: _____

Haute Qualité

Remarques / Notes

L'empreinte a été désinfectée avec: _____
par: _____

Zircono (Cad-Cam) disponible en: Transparent Opaque

Travail à refaire
 Ci-joint l'ancienne prothèse ou à refaire: _____