



Intern kod

Form Dental AB  
Skogåsplan 9  
14230 Skogås, 142 30 Skogås  
Tel: 08-50662127  
E-mejl: lab@formdental.se www.formdental.se  
Org.nr: 559033-9155

Tandläkare (Namn, mottagning, adress, telefon)	Beställd datum
	Inkom datum
	Personnr:
Patient (namn)	<input type="text"/>

<b>Krona &amp; Bro</b> <input type="checkbox"/> Pelare <input type="checkbox"/> Mk Metallkeramik <input type="checkbox"/> Hel Metallkrona <input type="checkbox"/> Etsbro Avtrycket desinficerat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej .....sign. Anvisningar: (vid mer text var god använd baksidan av pappret) ..... ..... ..... .....	<b>Helkeramik</b> <input type="checkbox"/> Zirconium <input type="checkbox"/> E.max <input type="checkbox"/> Monolitisk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej .....sign.	<b>Protes</b> <input type="checkbox"/> Skelett <input type="checkbox"/> Helprotes <input type="checkbox"/> Part. protes <input type="checkbox"/> Valplast	<b>Övrigt</b> <input type="checkbox"/> KBF <input type="checkbox"/> Bettskena <input type="checkbox"/> Temp bro/Krona <input type="checkbox"/> Övrigt.....
---	---	---	--

Provning - Dat. .... / ..... kl. \_\_\_\_ Provning - Dat. .... / ..... kl. \_\_\_\_  
 Provning - Dat. .... / ..... kl. \_\_\_\_ Klart - Dat. .... / ..... kl. \_\_\_\_

**Färg:** .....  
 Färgtagning görs på Lab

**Infärgning:**

**Buccal/Ocklusal infärgning:**  
 Ingen  Svag  Stark

**Ange önskad konstruktion**  
 (Obligatoriskt vid part. protesframställning)

**Bifogar**

- Studiemodell
- Avtryck
- Index
- Motbitning
- Foto
- Carita
- Implantatkomp.
- Digital avtryck
- Info. via mail
- Färgprov

**Metall**  
 MK-guld  
 Typ C-guld  
 Wirobond

**Pelare**  
 Parapost  
 Gjuten  
 Delad

**Ocklusalt**  
 Porslin  
 Metall

**Ocklusion**  
 Hård  
 Normal  
 Lätt

**Gingivalkant**  
 Ingen metallkant  
 Lingual metallkant  
 360° metallkant  
 Porslins-skuldra  
 Gingival porslin

**Kontakt**  
 Hård  
 Normal  
 Lätt

**Pontic form**

**Implantat fabrikat**

- Straumann
- Nobel
- Astra
- Övrig.....

**Plattform.....**

**Nivå**  
 Fixtur  
 Distans

Labbets anmärkningar till tdl: .....NR.  
 .....  
 .....  
 .....

**För Tandeas labs kvalitetssäkring**

- Mottagen/kontrollerad
- Arbets modell utslagen
- Metall / CAD CAM
- Protes / Porslin
- Slutkontroll