

Karta protetyczna

Nr (wypełnia laboratorium)	Pacjent:
Lekarz:	

Data rozpoczęcia pracy	I Etap pracy	II Etap pracy	III Etap pracy	Gotowe
------------------------	--------------	---------------	----------------	--------

Kolor	Płeć	Wiek	Typ klucza O Vita O Ivoclar
-------	------	------	-----------------------------------

Uwagi:

