**TARİH** …./…./20

**MAKBUZ SERİ NO**

**BARKOD**

SABİT PROTEZ

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

 TAMİR

Yukarıda işaretli olan Kron / Protezin yapılmasını rica ederim.

1.Ölçü: ……………………………………………………

2.Ölçü:…………………………………………………….

Diş Rengi:…………………………………………………..

Teknisyen Adı:…………………………………………….

Kapanış(Metal Prova)Tarihi:………………………………..

Açıklama:……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….……………………… Teslim Tarihi:………………….

**Teslim Eden Teslim Alan Teslim Eden**

**Diş Hekimi Hasta Firma Yetkilisi**

**Kaşe/ İmza İmza/ Telefon Kaşe/ İmza**

Sayın Diş Hekimi; Bu işi ikinci defa gönderirken yeni makbuz ile birlikte bu makbuzu da gönderiniz.