

Tandlæge: _____

Patient: _____

CPR-nr.: _____

Til levering: _____

dag d. / Kl. _____

Farveprøve: _____

Stubfarve: _____

Monolitisk: _____

Med påbrændt porcelæn: _____

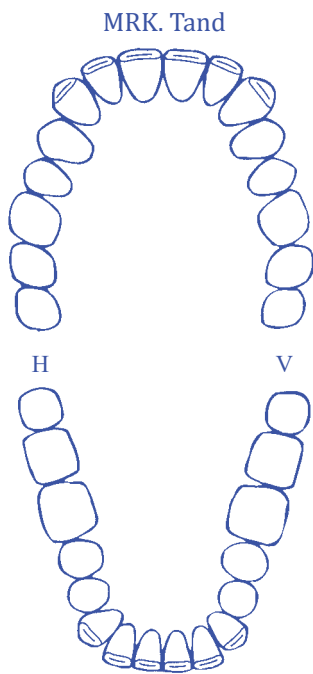
Arbejdets art



KRJ Dental ApS

Kasper Rye Jensen
Algade 10, 2. Sal tv.
DK-4000 Roskilde
Tlf. +45 39292000
CVR-nr. 27698018
info@krj-dental.dk
www.krj-dental.dk

Zirkonium	<input type="checkbox"/>	Provisorie	<input type="checkbox"/>	Legering til MK:	Legering til Finér:
Emax	<input type="checkbox"/>	Finér/indlæg	<input type="checkbox"/>	CoCr	<input type="checkbox"/>
MK	<input type="checkbox"/>	Opbygning	<input type="checkbox"/>	Palladium	<input type="checkbox"/>
Implantat-type	_____		Høj ædel	<input type="checkbox"/>	Høj ædel <input type="checkbox"/>



Andet arbejde

MRK. FARVE

