INTER-LAB BON DE COMMANDE

Date : ..... Livraison souhaitée : .....

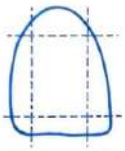
N° NE RIEN INSCRIRE ICI, S.V.P.

Dr Cachet professionnel

Patient .....
Age ..... ❑ ♀ ❑ ♂
Type visage ▽ □ ○ △

❑ G. STANDARD
❑ G. PRESTIGE
❑ Gamme MASTER Made in FRANCE

Teinte VITA
POUR FIXE ET MOBILE
Autre : .....
❑ JOINT CERAMIQUE




❑ DIRECT
❑ ESSAYAGE ARMATURE

1. Inter de Bridge



❑ (a) ❑ (b) ❑ (c)

2. Points de Contacts
Normal ❑ (a) *Léger* ❑ (b) *Fort* ❑ (c)

3. Bandeau Métallique



❑ (a) ❑ (b) ❑ (c)

4. Occlusion
Normale ❑ (a) *Espacée* ❑ (b) *Très Espacée* ❑ (c)

5. Maquillage des Sillons
Lèger ❑ (a) *Sans* ❑ (b) *Soutenu* ❑ (c)

6. Embrasures
Normales ❑ (a) *Ouvertes* ❑ (b) *Fermées* ❑ (c)

PROTHÈSE CONJOINTE :

❑ NP BIO SANS NICKEL ❑ PRECIEUX ❑ SEMI-PRECIEUX — DENTS

1. ❑ CERAMO-METAL ❑ C.I.V.
❑ UNITAIRE(S) ❑ SOLIDAIRES ❑ RICHMOND ❑ BRIDGE

2. ❑ INLAY-CORE ❑ COMPOSIT FIBRE
CLAVETTES : ..... ❑ CERAMISÉ

3. ❑ COULEE
❑ UNITAIRE(S) ❑ SOLIDAIRES ❑ RICHMOND ❑ BRIDGE

4. ❑ IPS E MAX ❑ E MAX MONOLITIQUE
5. ❑ CERAM/ZIRCONE ❑ FULL ZIRCONE
6. ❑ CERAMO-COMPOSIT-ADORO
❑ INLAY ❑ BRIDGE ❑ FACETTE ❑ COURONNE

7. ❑ C.C.M. SUR IMPLANT ❑ FULL ZIRCON
❑ SCELLEE ❑ TRANSVISSEE

PROTHÈSE ADJOINTE :

HAUT Nombre de dents : ☐ *BAS* Nombre de dents : ☐

1. ❑ APPAREIL RÉSINE 2. ❑ VALPLAST *HAUT/BAS*
❑ MONTAGE SUR CIRE
❑ FINITION DIRECTE
❑ CROCHETS SUR : .....
❑ FINITION

3. ❑ STELLITE ❑ CROCHETS IVOIRES ..... *HAUT/BAS*
4. ❑ SQUELETTE TRANSPARENT ❑ DENTS MASSIVES .....
❑ DENTS CONTREPLAQUEES .....
❑ STELLITE PLAQUE NUE
❑ STELLITE + MONTAGE SUR CIRE
❑ STELLITE + MONTAGE + FINITION DIRECTE
❑ FINITION

5. ❑ MONTAGE SUR CIRE SUR STELLITE EXISTANT *HAUT/BAS*
6. ❑ MONTAGE + FINITION SUR STELLITE EXISTANT

7. ❑ DIVERS *HAUT/BAS*
❑ P.E.I. ❑ CIRE ❑ GUIDE CHIRURGICAL
❑ GOUTTIERE ❑ REPARATION
❑ GOUTTIERE DE BLANCHIEMENT

EN CAS DE PROBLEMES : ❑ FAIRE AU MIEUX ❑ ME CONTACTER

INTER-LAB France S.A.R.L - 109 Rue Lemercier - 75017 PARIS - R.C 340 182 013 Paris TOUS DROITS RESERVES