Bonneville
Laboratoire dentaire

PRESCRIPTION

Date du prochain rendez-vous: _____

Couleur : _____ Retour pour essayage ☐

Moule : _____ Retour pour mise en bouche ☐

NOM DU DOCTEUR: _____

NOM DU PATIENT: _____

PROTHÈSE AMOVIBLE

	Haut	Bas
Étude de cas	☐	☐
Porte-empreinte	☐	☐
Couler empreinte	☐	☐
Plaque base-boudin cire	☐	☐
Plaque occlusale	☐	☐
Pièce squelettique	☐	☐
Prothèse immédiate	☐	☐
Montage	☐	☐
Cuisson	☐	☐

IMPLANTS

	Haut	Bas
Barre sur implants: _____	☐	☐
Amovible: _____	☐	☐
Fixe: _____	☐	☐
Type(s) d'implant(s): _____	☐	☐

SIGNATURE DU DENTISTE: _____

N° PERMIS: _____ Date: _____

323, avenue du Collège, Sainte-Marie (Qc) G6E 3Y2 | 418 387-2226 | laboratoirebonneville@telus.net