

НАРЯД
№ _____



Клиника _____ Дата приема _____
Врач _____ Пациент _____

Вид работы

К-во

Формула

Этап

Срок

Время

1

2

3

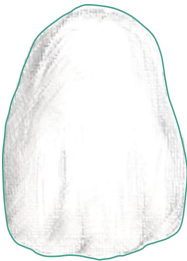
4

Цвет основной

Прозрачность края

Система имплантов

Цвет шейки

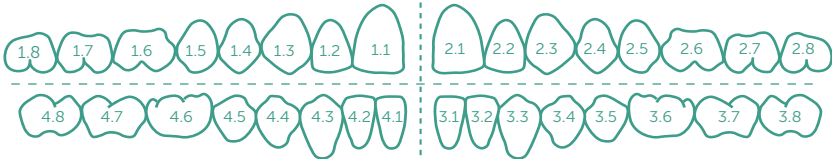


Прозрачный
Средний
Непрозрачный

Окрашивание фиссур

Сильно
Средне
Неокрашены

Расположение имплантов



Комментарии _____

