

Yksilölliseen käyttöön tarkoitetun laitteen suunnitteluohje No: _____

Tilaaaja/Hammaslääkäri _____

Potilaan nimi _____

Osoite _____

Nainen

Mies

TYÖ

Väri _____ Hiotun pinnan/pilarin väri _____

TYÖVAIHEET

Pvm	Klo	Vaihe
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

Valmis pvm _____ klo _____


