

Beställning tandskydd

Datum	Avtryck desinficerat. <i>Signera nedan</i>		Typ av sport <i>Ange även gärna nivå</i>
	Ja	Nej	

Tandläkare

Namn:.....

Adress:.....

Telefon:.....

Patientuppgifter

Namn:.....

Personnr:.....

Telefon:.....

Instruktioner för avtryckstagning:

- alginatavtryck av ök/uk samt index är nödvändigt
- avtrycket bör omfatta minst 6:a till 6:a
- avtrycket måste gå hela vägen upp i omslagsvecket 3:a till 3:a

Anvisningar till lab:

Patienten har egen logotyp eller bild i .eps- eller högupplöst.jpg-format, min. 300 dpi, som skickas via e-post.

Patienten har egna önskemål och kontaktar er för mer information.

Övriga upplysningar (för översikt av samtliga färger, gå till www.tandskydd.nu):

Avtryck skickas till:

G&G Krilin AB, Rävsta 1, 186 91 Vallentuna

Vid frågor, ring eller e-posta!

Telefon: 08-732 53 00 E-post: ggdental@telia.com

Ansvarig tandläkares underskrift/signatur: