

Date \_\_\_\_\_ Date de réception désirée \_\_\_\_\_

Dr \_\_\_\_\_ Rendez-vous M.E.B \_\_\_\_\_

Patient \_\_\_\_\_ Sexe  F  M Âge \_\_\_\_\_

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

Couleur \_\_\_\_\_

Couleur de la dentine \_\_\_\_\_

(Obligatoire pour le tout-porcelaine & zircon)

Zi Plein  Zi Plein ST  Zi Stratifié  Céramo-métal  Emax  Plaque Occl.



Notes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_