



BESTÄLLNINGSSDEDEL

Anvisning och förklaring för specialanpassad medicinteknisk produkt enligt MDR 2017/745 – denna produkt är unikt framtagen för användning av patient nedan.
Specifikationsidentifiering av produkten, vg se följersedel.

Tdl. best. datum	Avtr. desinf. Sign	Inkom	Fakturanr.		
Tandl./klinik			Internr		
Pat. namn					
Personnr.					
Provn. 1	Provn. 2	Provn. 3	Provn. 4	Fullt färdigt	
dag	dag	dag	dag	dag	
/	/	/	/	/	
kl.	kl.	kl.	kl.	kl.	
Arbetets. art					
Färg o. form.					

Anvisning till lab.

Väsentliga krav som inte efterlevs och orsak till detta

Åtgärd Tandtekniker

Skelettdel

Porslin/Helkeram

Avtagbart

KBF

Tandl./best. underskrift

JM & City Dentallab intygar härmed att produkten överensstämmer med de väsentliga kraven i bilaga 1, MDR 2017/745

Slutkontroll Tandteknikerns underskrift
