

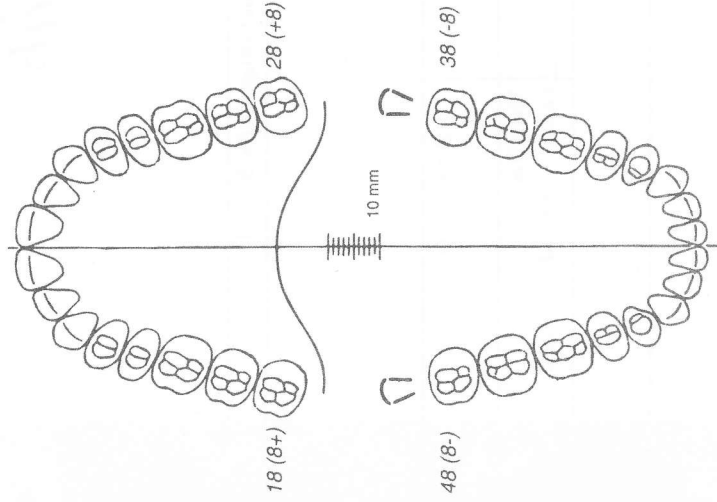
Beställningsedel för specialanpassad produkt enligt LVFS 2003:11

Tandläkare (namn, adress och tel)

Patientens namn	Personnummer
Typ av produkt	Metallval guld <input type="checkbox"/> titan <input type="checkbox"/> co/cr <input type="checkbox"/>

Tandfärg och form

Konstruktion/arbetsbeskrivning



Konstruktion/arbetsbeskrivning, forts

Härmed intygas att produkten uppfyller de tillämpliga kraven i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, samt kraven i bilaga 1 och bilaga 8 i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2003:11)

Åtgärd	Tandtekniker
Skelettdel	
Porslin/komposit	
Avtagbar protes	
Helkeram	
KBF	

Denna specialanpassade produkt är exklusivt framtagen för att användas av denna patient.

För konstruktionsritning vänd ⇨

Omgörning/garantifall <input type="checkbox"/>	Avtryck desinficerat <input type="checkbox"/> sign:
Prov dag / kl	Prov dag / k
Prov dag / kl	Klar dag / kl
Beställningsdatum	Tandläkarens underskrift