

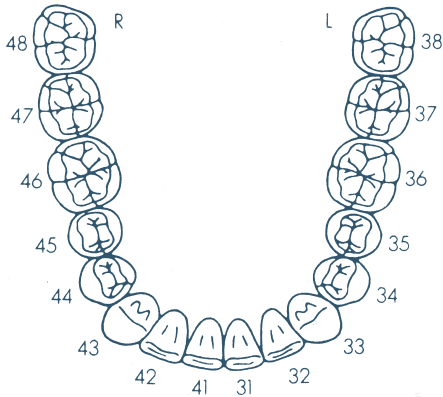
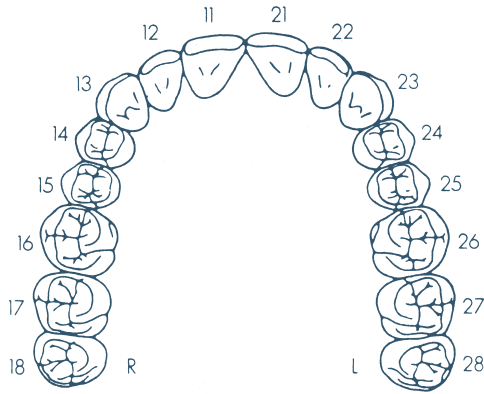
Patient _____ SUVA/ IV

Termin _____

Zahnfarbe _____

Beilagen Arbeitsmodelle Wachsmodell Löffel
 Studienmodelle Konstruktionsmodell 1 2 3

Zahnarzt _____ Auftragsdatum _____



Hansfluhsteig 2
CH-5200 Brugg
T 056 441 47 04
F 056 441 47 53
info@zahnmanufaktur.ch
www.zahnmanufaktur.ch