

HAMMASLABORATORIO

LÄHETTÄVÄ HAMMASLÄÄKÄRI

Toimipiste

Pvm

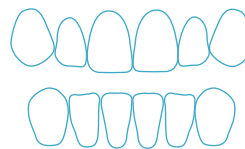
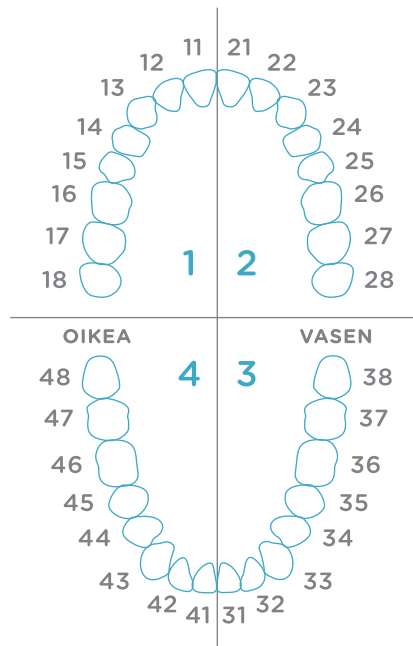
POTILAAN NIMI

Potilaan syntymäaika

TYÖ

Hampaiden väri _____

TYÖVAIHEET	pvm	klo
Vaihe 1	_____	_____
Vaihe 2	_____	_____
Vaihe 3	_____	_____
Valmis	_____	_____



LISÄTIETOJA
