

## PRESCRIPTION

Date \_\_\_\_\_

Docteur: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

Âge

Sexe

N° Dents:

Requis le:

Couronne sur implant

Vissée

Cimentée

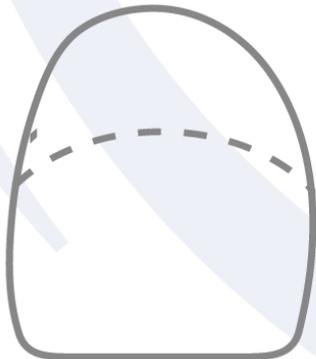
Cie d'implant: \_\_\_\_\_

Diamètre implant: \_\_\_\_\_

Couleur:

Photos@labdentaireboisbriand.ca

**R<sub>x</sub>**



Signature: \_\_\_\_\_ N° de permis: \_\_\_\_\_