VACUA LAB
17 Rue de Faltans
25220 Roche-lez-Beaupré
Tél: 06 22 90 88 22
vanel.alexandre@vacualab.fr

Cachet du cabinet

FICHE DE PRESCRIPTION

Date: _____

Patient: _____ **Date de naissance:** ____/____/_____

Genre: _____ **Forme du visage:** _____ **Teinte:** _____

☐ **Maxillaire**
☐ **Mandibulaire**

☐ **Complet**
☐ **Complet provisoire**
☐ **Complet sur implants**

Informations spécifiques et instructions particulières

Description des prothèses

Instructions et étapes d'élaboration

Date	Heure	Demande