

# Beställningsedel

Anvisning och förklaring för specialanpassad medicinteknisk produkt enligt förordningen (EU) MDR 2017/745-unik för patienten nedan.  
Specifikationidentifiering av produkten, vg se fakturan.

## Elit Tandteknik

Kärravinkeln 7  
425 30 Hisings-Kärra

Tel: 031-517150  
Mobil: 0706-306077

E-mail: [elittandteknik@gmail.com](mailto:elittandteknik@gmail.com)

Tandläkare:

Patient:

Personnummer:

Tandläkarens underskrift:

.....  
Denna specialanpassade produkt är exklusivt framtagen för användning av patienten ovan och följs av de allmänna kraven på säkerhet och prestanda enligt bilaga 1,MDR 2017/745.

Provn. / .....dag Provn. / .....dag **Färdig:** / .....dag **Färg:**

Kl.

Kl.

Kl.

**Sänd fler:**  Beställningssedlar  Påsar **Jobbet har kontrollerats av:** **Färg på prepp:**

**Välj:** Mk Cocr/porslin E.max Zirc.Skiktad Zirc. Fullkr. Implantat Mjuk/hård bettskena Protes

Meddelande till lab:

**Arbetet är desinficerat: JA / NEJ**

.....  
**Inkom den:**

.....( Vänd för skiss)=>  
**Ao.Nr:**

**Kontrollprogram:** Material / metall:

Batch nr:

Gram:

Prepp.gräns..... Släp.prepp..... Tand..... Bild

Bitning..... Blåsor i avtr..... Form.....

Artikulation..... Färg på prepp..... Färg..... Ao.nr:

Avvikelse rapport:

Signatur:

Tandläkare:

Patient:

Personnummer: