

Hammaslääkäri _____

Toimipiste _____

Potilas _____

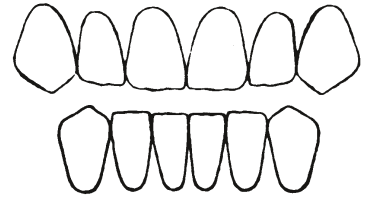
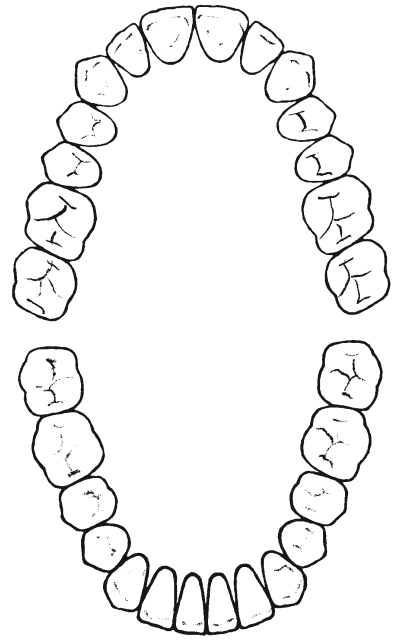
Päiväys ____ / ____ 20 ____

Hammaslääkärin allekirjoitus

TYÖ _____

OHJEET _____

Merkki	Väri	Malli



Työvaiheet	Materiaali	Tehnyt
_____ / ____ klo	_____	_____
_____ / ____ klo	_____	_____
_____ / ____ klo	_____	_____
_____ / ____ klo	_____	_____
_____ / ____ klo	_____	_____
_____ / ____ klo	_____	_____
_____ / ____ klo	_____	_____
_____ / ____ klo	_____	_____
_____ / ____ klo	_____	_____

Vakuutan, että edellä mainittu laite on lain lääkinnällisistä laitteista (719/2021) tarkoitettujen vaatimusten mukainen ja tarkoitettu vain edellä mainitun potilaan käyttöön.

Päiväys ____ / ____ 20 ____
