

Дополнительное соглашение на ортопедические конструкции.

Во время протезирования ортопедическими конструкциями (коронки, виниры, частичные протезы) проводится выбор цвета максимально подходящего к естественным зубам. Пациент так же в праве выбрать любой оттенок будущей улыбки. При этом нужно учитывать не только желаемый цвет, но и оттенок кожи, глаз, волос. Чтобы окончательный результат был максимально эстетическим и подходящим.

Я, _____

(Ф.И.О. пациента)

Выбрал цвет _____

Материал: Диоксид Циркония /Металлокерамика (подчеркнуть)

Требование по изменению цвета изделия после его фиксирования в полости рта является новой платной услугой. Оплачивается согласно Прейскуранту Клиники.

Дата: _____

Подпись пациента: _____

Дополнительное соглашение на ортопедические конструкции.

Во время протезирования ортопедическими конструкциями (коронки, виниры, частичные протезы) проводится выбор цвета максимально подходящего к естественным зубам. Пациент так же в праве выбрать любой оттенок будущей улыбки. При этом нужно учитывать не только желаемый цвет, но и оттенок кожи, глаз, волос. Чтобы окончательный результат был максимально эстетическим и подходящим.

Я, _____

(Ф.И.О. пациента)

Выбрал цвет _____

Материал: Диоксид Циркония /Металлокерамика (подчеркнуть)

Требование по изменению цвета изделия после его фиксирования в полости рта является новой платной услугой. Оплачивается согласно Прейскуранту Клиники.

Дата: _____

Подпись пациента: _____

Дополнительное соглашение на ортопедические конструкции.

Во время протезирования ортопедическими конструкциями (коронки, виниры, частичные протезы) проводится выбор цвета максимально подходящего к естественным зубам. Пациент так же в праве выбрать любой оттенок будущей улыбки. При этом нужно учитывать не только желаемый цвет, но и оттенок кожи, глаз, волос. Чтобы окончательный результат был максимально эстетическим и подходящим.

Я, _____

(Ф.И.О. пациента)

Выбрал цвет _____

Материал: Диоксид Циркония /Металлокерамика (подчеркнуть)

Требование по изменению цвета изделия после его фиксирования в полости рта является новой платной услугой. Оплачивается согласно Прейскуранту Клиники.

Дата: _____

Подпись пациента: _____