



Пациент _____ (фамилия, инициалы) Возраст _____

Дата снятия оттисков/сканирования ___/___/2026 г. Дата очередного приема пациента ___/___/2026 г.

Заполняется в лаборатории

№ Счета _____ Код работ _____

Выберите на какую челюсть изготавливать ретейнер(ы):

Обе ВЧ НЧ

Загрузка сканов:

Будут отправлены физические слепки

Загрузка 3D файлов

Вставить ссылку для скачивания архива в облаке

Выберите количество ретейнера(ов), необходимых для пациента:

Одна пара Две пары Три пары

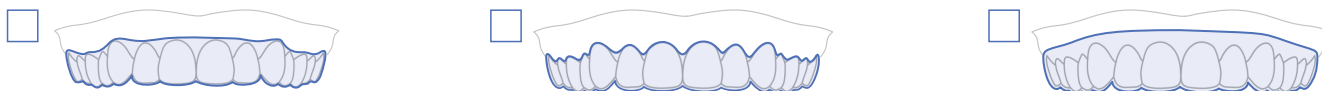
Толщина ретейнера(ов):

0,8 мм 1 мм

Укажите границы элайнеров:

На ВЧ _____ На НЧ _____

Выберите вариант обрезки ретейнера(ов):



Дополнительная информация:

Врач _____ (фамилия, инициалы)

Организация _____

Телефон _____

Адрес доставки работы _____

Подпись _____ / _____ (расшифровка)



- Почтовый адрес для отправки материалов по заказу: 107023, г. Москва, ул. Буженинова, д. 30, стр. 3, 000 «Фортекс-Т»
- Телефон: +7 (495) 955-92-29, +7 (903) 270-32-23
- Эл. почта: lab@pumpragroup.ru