LABOCAST®

BON DE COMMANDE
PROTHÈSE ADJOINTE

▶ EXEMPLAIRE À NOUS RETOURNER

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES : DRL : DRL :

COCHEZ LA GAMME PROTHÉTIQUE DE VOTRE CHOIX :
- ☐ **EXCELLENCE** (Asie)
- ☐ **CONFIANCE** (Océan Indien)
- ☐ **CONFORT*** (Paris)

* Sauf stellite

CACHET PROFESSIONNEL ET SIGNATURE OBLIGATOIRES

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente figurant au verso.

Pour optimiser la relation praticien/laboratoire et le confort de travail, merci de désinfecter vos empreintes.

⚠ **COCHER ICI SI EMPREINTE À DÉSINFECTER** →

OBLIGATOIRE
Nom ou code identification du **PATIENT**

CONFIDENTIEL

ÂGE ☐ FEMME ☐ HOMME ☐

Allergies ? ☐ **OUI** Lesquelles : .....

.....

.....

Patient à risque : ☐ **OUI**

N° DE COMMANDE

CIRE D'ARTICULATION ☐ HAUT ☐ BAS | **P.E.I.** ☐ HAUT ☐ BAS | **MODÈLE D'ÉTUDE** ☐ HAUT ☐ BAS | **TRAVAIL MIXTE** ☐ .....

A ☐ STELLITE

☐ **HAUT** NOMBRE DE DENTS : ..... ☐ **BAS** NOMBRE DE DENTS : .....

OPTION 1 ▶ Je commande EXCLUSIVEMENT la plaque nue et ferai réaliser les étapes suivantes (montage + finition) par mes propres moyens.

☐ **PLAQUE NUE**

OPTION 2 ▶ Je commande une plaque avec montage et finition, mais je choisis les étapes suivantes :

☐ **PLAQUE + MONTAGE + FINITIONS**

1 OPTION 1 OU 2 - AU CHOIX DU LABO OU PERSONNALISATION

- ☐ PLEINE
- ☐ DÉCOLLETÉE
- ☐ FER À CHEVAL
- ☐ BARRE PALATINE
- ☐ BARRE LINGUALE
- ☐ BARRE LING. KENNEDY
- ☐ BARRE CINGULAIRE
- ☐ PLAQUE UNILATÉRALE

FORME DES CROCHETS Préciser N° des dents

TRAVAUX À SUPPLÉMENT
Préciser N° des dents
- ☐ DENT PLEINE .....
- ☐ CONTRE-PLAQUE .....
- CROCHETS ACÉTAL ☐ *BLANC* ..... ☐ *TRANSPARENT* .....
- ☐ FINITION FLEXIBLE
- ☐ SELLE APPLEGATE* * *Selle corrigée*

2 ÉTAPES
- ☐ **1**- FINITION DIRECTE
- ☐ **2**- ESSAYAGE PLAQUE
- ☐ **3**- PLAQUE + CIRE D'OCCLUSION
- ☐ **4**- ESSAYAGE PLAQUE + MONTAGE DENTS/CIRE
- ☐ **5**- FINITION

3 CHOIX DU MÉTAL
- ☐ CHROME COBALT
- ☐ TITANE*
- ☐ MÉTAUX PRÉCIEUX*

* *Supplément*

TEINTE : .....

TEINTIER DE RÉFÉRENCE : .....

DENTS QUALITÉ SUPÉRIEURE *Supplément de coût*

ANTÉRIEURE : .....

POSTÉRIEURE : .....

ATTACHEMENTS
- ☐ ASC 52 US M
- ☐ OT STRATEGY *VERTICAL*
- ☐ OT STRATEGY *HORIZONTAL*
- ☐ AUTRE

B ☐ RÉSINE

☐ **HAUT** NOMBRE DE DENTS : .....

☐ **BAS** NOMBRE DE DENTS : .....

1 ÉTAPES
- ☐ **1**- MONTAGE FINITION
- ☐ **2**- ESSAYAGE DENTS/CIRE
- ☐ **3**- FINITION

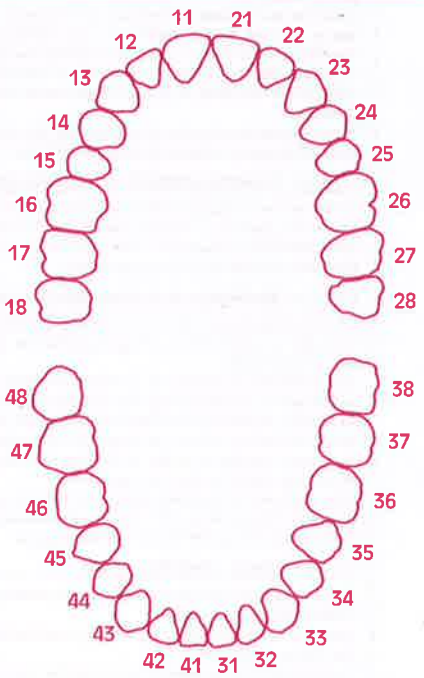
En service CONFORT, prothèse complète uniquement

2 TRAVAUX À SUPPLÉMENT DE COÛT
Préciser N° des dents
- ☐ CROCHETS COULÉS : .....
- CROCHETS ACÉTAL : ☐ *BLANC* ..... ☐ *TRANSPARENT* .....
- ☐ APPAREIL FLEXIBLE

C GOUTTIÈRES
- ☐ GOUTTIÈRE SOUPLE ☐ *HAUT* ☐ *BAS*
- ☐ GOUTTIÈRE DURE ☐ *HAUT* ☐ *BAS*
- ☐ GOUTTIÈRE ANTIRONFLEMENT
- ☐ PROTÈGE-DENTS
- ☐ GOUTTIÈRE DE BLANCHIMENT ☐ *HAUT* ☐ *BAS*

D APPAREIL IMMÉDIAT
☐ DENT À EXTRAIRE : .....

E DIVERS
Sous 48 h en service CONFORT
- ☐ RÉPARATION .....
- ☐ ADJONCTION DENT .....
- ☐ ADJONCTION CROCHET .....
- ☐ REBASAGE .....



OBSERVATIONS

⚠ **Protocole standard utilisé à défaut de spécification de votre part :**

GAMME PROTHETIQUE : Excellence / Dent standard

LABOCAST® SERVICE COMMANDES
46 - 56, rue des Orteaux - 75020 PARIS
Fax : +33 1 53 38 10 44
▶ N° Azur 0811 115 000

Pour le suivi de cette commande : www.labocast.org rubrique "Espace Client"

PHOTOS NUMÉRIQUES

Merci de nous faire parvenir par email vos photos et explications à **infocommande@labocast.fr** sans oublier de préciser le numéro de votre commande