

Hammaslääkäri _____

Toimipiste _____

Potilas _____ Hetu _____

Potilaan osoite _____

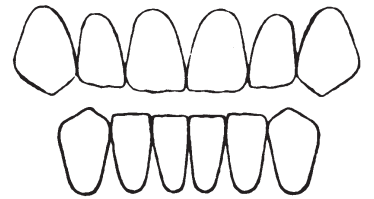
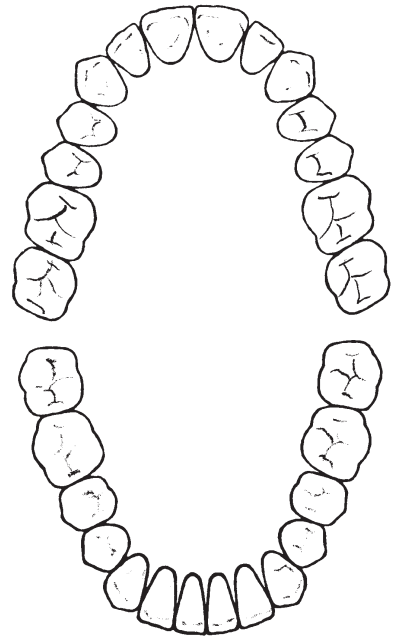
Päiväys ____ / ____ 20 ____

Hammaslääkäriin allekirjoitus

TYÖ _____

OHJEET _____

Merkki	Väri	Malli



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

Vakuutan, että em. laite on STM:n päätöksessä 1994:66 tarkoitettujen olennaisten vaatimusten mukainen ja tarkoitettu vain edellä mainitun potilaan käyttöön.

Päiväys ____ / ____ 20 ____